

**MASUMI KAWAY**

**ASPECTOS DO PERFIL DA SAÚDE-DOENÇA DO IDOSO  
DA COMUNIDADE DE SANTO ANTÔNIO DE LISBOA,  
FLORIANÓPOLIS-SC**

**Trabalho apresentado à Universidade Federal  
de Santa Catarina, para conclusão do Curso  
de Graduação em Medicina.**

**Florianópolis  
Universidade Federal de Santa Catarina  
2003**

**MASUMI KAWAY**

**ASPECTOS DO PERFIL DA SAÚDE-DOENÇA DO IDOSO  
DA COMUNIDADE DE SANTO ANTÔNIO DE LISBOA,  
FLORIANÓPOLIS-SC**

**Trabalho apresentado à Universidade Federal  
de Santa Catarina, para conclusão do Curso  
de Graduação em Medicina.**

**Presidente do Colegiado: Prof. Dr. Edson José Cardoso**  
**Orientador : Dr. Iberê do Nascimento**  
**Co-orientadora : Profa. Dra. Suely Grosseman**

**Florianópolis**  
**Universidade Federal de Santa Catarina**  
**2003**

Kaway, Masumi.

*Aspectos do Perfil da Saúde-Doença do Idoso da Comunidade de Santo Antônio de Lisboa, Florianópolis-SC.* / Masumi Kaway – Florianópolis, 2003.

60 p.

Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso) – Universidade Federal de Santa Catarina – Curso de Graduação em Medicina.

1. Saúde do Idoso. 2. Envelhecimento. 3. Qualidade de Vida  
4. Perfil de Saúde. 5. Epidemiologia. I. Aspectos do Perfil da  
Saúde-Doença do Idoso da Comunidade de Santo Antônio de  
Lisboa, Florianópolis-SC.

*À memória de meus pais.*



## AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos que, de alguma forma, contribuíram na realização deste trabalho de conclusão de curso:

- aos idosos de Santo Antônio de Lisboa, pelo carinho com que me receberam e por terem compartilhado comigo um pouco de suas histórias;
- à Liga de Geriatria e Gerontologia da UFSC, pela oportunidade de interagir com os idosos e por tudo que aprendi sobre eles e o envelhecimento;
- à Salete, pela atenção, simpatia e paciência com que me conduziu, de casa em casa, pelos caminhos de Santo Antônio;
- à Goretti e ao Fabrício, da biblioteca, pela inestimável ajuda durante a pesquisa;
- ao Mauro Preuss, pelo fundamental suporte na “relação com a máquina”;
- à Zezé, pela mão amiga na diagramação do mapa;
- ao Prof. Dr. Paulo Freitas e Prof. Dr. Marco Peres, pela atenção e paciência a esta peregrina neófito nos caminhos da estatística epidemiológica;
- ao Prof. Dr. Marco Aurélio Da Ros, pelas valiosas sugestões;
- ao Dr. Iberê do Nascimento, agradeço pela paciência e confiança;
- à Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Suely Grosseman, em especial, pelo acolhimento, dedicação, paciência e apoio nos momentos mais difíceis;
- às minhas companheiras diárias do internato, Giovana e Maria Alicia, pelo apoio e tolerância nos momentos de estresse;
- e, finalmente, àqueles que são parte de mim: ao Nilo, por me apoiar e acompanhar neste projeto de vida; à Mina e ao Tim, por existirem .

## SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS .....	vii
LISTA DE TABELAS .....	viii
LISTA DE QUADROS .....	ix
RESUMO .....	x
SUMMARY .....	xi
1. INTRODUÇÃO .....	1
2. OBJETIVOS .....	4
2.1 OBJETIVO GERAL .....	4
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	4
3. MÉTODOS .....	5
3.1 LOCALIZAÇÃO DO ESTUDO .....	7
4. RESULTADOS .....	10
4.1 ASPECTOS DEMOGRÁFICOS .....	10
4.2 ASPECTOS SÓCIO-ECONÔMICOS .....	12
4.3 ASPECTOS RELACIONADOS À MORBIDADE .....	14
4.3.1 Número de doenças auto-referidas .....	14
4.3.2 O que mudou após o diagnóstico? .....	15
4.3.3 Número de medicamentos em uso .....	15
4.3.4 Gasto com medicamentos .....	17
4.3.5 Procura por serviços de saúde .....	17
4.3.6 Internações nos últimos 12 meses .....	17
4.3.7 Cirurgias nos últimos 12 meses .....	18
4.3.8 Quedas .....	18
4.3.9 Avaliação do estado funcional .....	18
4.3.10 Aspectos cognitivos .....	19

4.3.11	Sono e sintomas depressivos .....	19
4.3.12	Alteração no peso corporal e apetite .....	20
4.3.13	Fraqueza .....	20
4.3.14	Infecções repetidas .....	20
4.3.15	Acuidade visual .....	20
4.3.16	Acuidade auditiva .....	20
4.3.17	Dificuldade para falar .....	21
4.4	ASPECTOS COMPORTAMENTAIS .....	23
4.4.1	Hábitos relacionados a doenças .....	23
4.4.2	Atividade sexual .....	23
4.4.3	Atividade física .....	24
4.4.4	Grupos de convivência .....	24
4.4.5	Práticas religiosas .....	25
4.4.6	Amizade .....	26
4.5	AUTO-AVALIAÇÃO DA SAÚDE .....	28
4.6	O QUE OS IDOSOS MAIS GOSTAM DE FAZER .....	30
4.7	O QUE OS IDOSOS ESPERAM DO FUTURO .....	32
5.	DISCUSSÃO .....	34
5.1	A VELHICE REPENSADA .....	44
5.2	CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	47
6.	CONCLUSÕES .....	50
7.	REFERÊNCIAS .....	51
	NORMAS ADOTADAS .....	55
	APÊNDICE .....	56

## LISTA DE FIGURAS

<b>FIGURA 1 - Localização do distrito de Santo Antônio de Lisboa na Ilha de Santa Catarina e mapa da área pesquisada. ....</b>	<b>8</b>
<b>FIGURA 2 - Doenças auto-referidas pelos idosos de Santo Antônio de Lisboa [Florianópolis (SC), 2002]. ....</b>	<b>14</b>
<b>FIGURA 3 - Distribuição dos idosos de Santo Antônio de Lisboa segundo o número de medicamentos em uso [Florianópolis (SC), 2002]. ....</b>	<b>16</b>
<b>FIGURA 4 - Atividades realizadas pelos idosos de Santo Antônio de Lisboa por faixa etária [Florianópolis (SC), 2002]. ....</b>	<b>25</b>
<b>FIGURA 5 - Auto-avaliação de saúde dos idosos de Santo Antônio de Lisboa segundo o sexo [Florianópolis (SC), 2002]. ....</b>	<b>28</b>
<b>FIGURA 6 - Auto-avaliação de saúde dos idosos de Santo Antônio de Lisboa segundo a idade [Florianópolis (SC), 2002]. ....</b>	<b>28</b>
<b>FIGURA 7 - Auto-avaliação de saúde dos idosos de Santo Antônio de Lisboa segundo a presença ou não de sintomas depressivos [Florianópolis (SC), 2002]. ....</b>	<b>29</b>
<b>FIGURA 8 - Auto-avaliação de saúde dos idosos de Santo Antônio de Lisboa segundo o número de doenças auto-referidas [Florianópolis (SC), 2002]. ....</b>	<b>29</b>

## LISTA DE TABELAS

<b>TABELA 1 - Aspectos demográficos dos idosos de Santo Antônio de Lisboa conforme o sexo [Florianópolis (SC), 2002]. .....</b>	<b>11</b>
<b>TABELA 2 - Ocupações prévias ou atuais relatadas pelos idosos de Santo Antônio de Lisboa [Florianópolis (SC), 2002]. .....</b>	<b>12</b>
<b>TABELA 3 - Aspectos sócio-econômicos dos idosos de Santo Antônio de Lisboa segundo o sexo [Florianópolis (SC), 2002]. .....</b>	<b>13</b>
<b>TABELA 4 - Drogas mais utilizadas pelos idosos de Santo Antônio de Lisboa [Florianópolis (SC), 2002]. .....</b>	<b>16</b>
<b>TABELA 5 - Aspectos relacionados à morbidade dos idosos de Santo Antônio de Lisboa segundo o sexo [Florianópolis (SC), 2002]. ...</b>	<b>22</b>
<b>TABELA 6 - Aspectos relacionados ao estilo de vida dos idosos de Santo Antônio de Lisboa segundo o sexo [Florianópolis (SC), 2002]. ...</b>	<b>27</b>

## LISTA DE QUADROS

<b>QUADRO 1 - Atividades mais apreciadas pelos idosos de Santo Antônio de Lisboa [Florianópolis (SC), 2002]. .....</b>	<b>31</b>
--	-----------

## RESUMO

**INTRODUÇÃO** Nas próximas décadas, o Brasil será o sexto país do mundo em número de idosos. O envelhecimento representa desafios para o indivíduo e para a sociedade em relação à qualidade de vida na velhice, pois esta deve focar independência, interação social, assistência à saúde e inserção na comunidade.

**OBJETIVOS** Identificar aspectos do perfil saúde-doença e conhecer algumas variáveis relacionadas à qualidade de vida dos idosos da comunidade de Santo Antônio de Lisboa, Florianópolis (SC).

**MÉTODO** Estudo quali-quantitativo, descritivo, transversal. Dados foram coletados por entrevista domiciliar, com aplicação de questionário ao universo de moradores com 60 anos ou mais.

**RESULTADOS** Foram entrevistados 54 idosos, com idade média de 70,5 anos, maioria casada, nativa da região, nível de instrução entre 1 a 4 anos, aposentada do serviço público, discreto predomínio do sexo feminino, renda média entre 3 e 5 salários-mínimos. A maioria tinha pelo menos uma doença. A mais referida foi a hipertensão arterial. Perda de autonomia funcional, distúrbios do sono e sintomas depressivos foram mais prevalentes nas mulheres. Auto-avaliação de saúde é pior na presença de sintomas depressivos e comorbidades. Práticas religiosas são referidas pela maioria.

**CONCLUSÕES** Os dados epidemiológicos se assemelham aos de outras cidades brasileiras, exceto pela origem nativa da maioria dos idosos. Parece haver associação entre atividades preferidas diversificadas, expectativas quanto ao futuro e auto-avaliação de saúde positivas. Inexistem espaços abertos aos idosos, exceto a igreja e o grupo de convivência e as ruas, na maioria, são inadequadas, sem calçadas para pedestres

**Palavras-chave:** Saúde do idoso. Envelhecimento. Qualidade de vida. Perfil de saúde. Epidemiologia.

## SUMMARY

**INTRODUCTION** In the next decades Brazil will be the sixth country in the world in terms of elderly population. Ageing represents challenges to the individuals and to the society when it comes to quality of life, for this should focus autonomy, independence, social interaction, health assistance and community insertion.

**OBJECTIVE** To identify aspects of health-disease profile and to know some of the variables related to quality of life of older people in Santo Antônio de Lisboa, Florianópolis (SC).

**METHOD** Quantitative with elements of qualitative, transversal, descriptive study. The data was collected through household survey, and questionnaire applied to the universe of residents 60 years old or more.

**RESULTS** Fifty-four elders were interviewed. The average age was 70,5 years, with a slightly predominance of women, mostly married, native of the region, with up to 4 years of schooling, retired of public service, the average monthly income ranged 3-5 minimum Brazilian wages. The majority had at least one disease. The most referred one was hipertension. Loss of autonomy in daily living activities, sleeping disturbances and depressive symptoms were more common amongst women. Health self-evaluation was worse in elders with depressive symptoms and comorbidities. Religious service were referred by the majority.

**CONCLUSIONS** The epidemiologic data come close to those of other Brazilian cities, except by the native origin of the elderly. It seems to have an association among diversified preference activities, positive future expectations and health self-evaluation. The community lacks cultural spaces dedicated to the elderly and sidewalks in the streets.

**Keywords:** Elderly Health. Ageing. Quality of life. Health profile. Epidemiology.



# 1 INTRODUÇÃO

O Brasil está envelhecendo. A população brasileira com idade acima de 65 anos representava 2,4% da população na década de quarenta, passou a ser de 5,6% em 1996, com um contingente de 8,5 milhões de pessoas, e representará cerca de 14% da população em 2025, com cerca de 31,8 milhões de pessoas<sup>1</sup>, o que situará o Brasil como o sexto país do mundo em termos de população de idosos.<sup>2</sup>

Este envelhecimento da população brasileira faz parte de um fenômeno mundial e faz parte de um processo que Omran denominou de transição epidemiológica. Segundo essa teoria, à medida que as nações se modernizam, tendem a melhorar as condições sociais, econômicas e de saúde, o que levaria a uma diminuição da mortalidade ocasionada por doenças infecciosas e parasitárias e sua substituição por doenças crônicas e degenerativas.<sup>1</sup> Além disso, a taxa de fecundidade vem decrescendo desde a década de setenta, mais acentuadamente a partir da década de oitenta, caracterizando a mudança do padrão familiar multigeracional para nuclear, principalmente nos centros urbanos. No Brasil, em vista da sua heterogeneidade, coexistem regiões com altas taxas de mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias com outras onde prevalecem as doenças crônico-degenerativas, apresentando o fenômeno do envelhecimento uma característica peculiar, denominada de envelhecimento paradoxal. Além disso, diferentemente do que ocorreu nos países desenvolvidos, onde o aumento da expectativa de vida ocorreu paralelamente à melhoria considerável das condições de vida das populações, no Brasil, segundo Kalache, muitos indivíduos estão vivendo por mais tempo sem, necessariamente dispor de melhores condições socioeconômicas ou sanitárias.<sup>3</sup> Num país de tantas desigualdades como o nosso, o processo de envelhecimento pode, segundo Berquó (1989), reforçar desigualdades em termos da qualidade de vida entre diferentes estratos da população, contribuindo para aumentar a chance de exclusão dos idosos.<sup>3</sup>

Segundo projeções da Organização Mundial da Saúde (OMS) para 2020, três quartos de todas as mortes nos países em desenvolvimento serão devidos a causas relacionadas à velhice.

A maior parte será devida a doenças crônico-degenerativas, tais como doenças cardiovasculares, cânceres e diabetes.<sup>4</sup> O envelhecimento populacional gera demandas por serviços de saúde em todos os níveis, em parte devido à prevalência elevada de doenças crônico-degenerativas e também, segundo Veras, devido a dramática acentuação da pobreza na população idosa, o que representa um desafio de como garantir uma sobrevivência digna aos idosos.<sup>5</sup>

A prevenção das doenças crônico-degenerativas e suas complicações na população representa uma medida barata e inteligente para a prevenção, mas é apenas um dos aspectos a serem considerados quando se enfoca a saúde. Modernamente, o conceito de saúde está relacionado a um amplo espectro de fatores associados à qualidade de vida, incluindo padrão adequado de alimentação e nutrição, de habitação e saneamento, boas condições de trabalho, oportunidades de educação ao longo de toda a vida, ambiente físico limpo, apoio social para famílias e indivíduos, estilo de vida responsável e um adequado programa de assistência à saúde.<sup>6</sup> Tradicionalmente, o atendimento médico era focalizado no diagnóstico e no tratamento, e o resultado medido por meio de indicadores objetivos, como a morbidade e mortalidade. Atualmente, na avaliação do resultado das condutas médicas incluem-se variáveis subjetivas, que incorporam percepções dos pacientes em relação ao seu bem-estar e à sua qualidade de vida.<sup>7</sup> Embora não haja uma definição consensual de qualidade de vida, o grupo de especialistas em Qualidade de Vida da OMS (WHOQOL, 1995) propõe que os instrumentos de avaliação de qualidade de vida incluam: a) questões que se preocupem com as percepções das pessoas (avaliação global de comportamentos, estados emocionais e capacidades das pessoas), fazendo distinção entre percepções de condições objetivas (recursos materiais, por exemplo) e aspectos subjetivos; b) que sejam avaliadas as dimensões física, psicológica e social e até espiritual e c) se considere que a qualidade de vida apresenta dimensões positivas e negativas, que podem ser aplicadas a condições tão diversas como o desempenho de papéis sociais, a mobilidade, a autonomia, a dor, a fadiga e a dependência (WHOQOL Group *apud* Paschoal, 2002).

Viver mais oferece oportunidades sem precedentes para o desenvolvimento no plano pessoal e social, mas também representa desafios para o indivíduo e para sociedade relacionados à qualidade de vida na velhice, o que inclui independência, interação social,

assistência à saúde e inserção na comunidade. O desafio que se coloca aos indivíduos e às sociedades, segundo Pachoal, é conseguir uma sobrevida cada vez maior, com uma qualidade de vida cada vez melhor, para que os anos vividos em idade avançada sejam plenos de significado e dignidade.<sup>7</sup> Embora a imensa maioria dos idosos esteja bem de saúde, os idosos são reconhecidamente os maiores usuários dos serviços de saúde, conforme Veras, os problemas de saúde dos idosos, além de serem de longa duração, requerem pessoal qualificado, equipe multidisciplinar, equipamentos e exames complementares de alto custo.<sup>2</sup>

Visto que as causas e determinantes dos problemas da saúde transcendem o campo meramente biológico, situando-se também na esfera social, econômica e cultural, é necessário que além da atuação do poder público na promoção da equidade social e sanitária, haja mobilização da comunidade no sentido de promover a inserção social do idoso, lutando contra os preconceitos e a exclusão social, pois, como lembra Baeta, “a falta de lugar para o velho desassistido acaba por deixá-lo à margem, gerando a perda de entusiasmo pela própria vida e pelo mundo que o cerca, aumentando o risco de depressões e estas sendo causa de outras doenças”.<sup>8</sup>

Assim, é preciso conhecer as condições de saúde em que vivem os idosos nas suas comunidades, em suas necessidades e singularidades, para delinear estratégias para a promoção à saúde, enfatizando possibilidades de cada pessoa viver o seu processo de envelhecimento, pleno de direitos, dentro da sua comunidade.<sup>5</sup>

A motivação inicial para este trabalho foi conhecer um pouco da realidade do idoso da comunidade de Santo Antônio de Lisboa, uma das comunidades mais antigas do Município de Florianópolis. Sua justificativa é ampliar o conhecimento sobre a saúde do idoso e contribuir para que ações possam ser planejadas e realizadas no sentido de enfrentar o desafio que representa oferecer uma velhice digna a esta parcela da sociedade em crescente aumento.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Identificar aspectos do perfil da saúde-doença da população acima de 60 anos da comunidade de Santo Antônio de Lisboa, Florianópolis-SC e conhecer algumas variáveis relacionadas à qualidade de vida .

### **2.2 Objetivos Específicos**

1. Identificar dados sócio-demográficos da população idosa de Santo Antônio de Lisboa;
2. Identificar dados epidemiológicos relativos à morbidade dos idosos de Santo Antônio de Lisboa e fatores de risco para doenças crônico-degenerativas;
3. Identificar aspectos comportamentais relacionados à doença e ao estilo de vida dos idosos de Santo Antônio de Lisboa que podem influenciar na qualidade de vida.

### 3 MÉTODO

Esta pesquisa é quali-quantitativa, de caráter descritivo, de delineamento transversal, com eixo temporal contemporâneo.

A população foi composta pelo universo de moradores da micro-área 34006 do distrito de Santo Antônio de Lisboa, Florianópolis (SC), com idade igual ou superior a 60 anos. A identificação da população-alvo foi realizada com o auxílio da Agente Comunitária de Saúde responsável pela micro-área, após contato prévio com a Coordenadora do Centro de Saúde local.

O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética para Pesquisa com Seres Humanos da UFSC, em 18.12.02. A coleta de dados foi realizada pela pesquisadora através de entrevista domiciliar em que se aplicou um questionário estruturado com 61 questões objetivas e 02 questões abertas. Foram seguidos os preceitos éticos previstos, com o esclarecimento sobre o objetivo da pesquisa e consentimento previamente à realização da entrevista.

As variáveis coletadas foram relativas a:

- aspectos demográficos: nome, idade, estado civil, escolaridade, ocupação prévia, naturalidade, tempo que mora no bairro;
- aspectos sócio-econômicos: renda, condições de moradia, número de dependentes, número de residentes no domicílio, chefia de família, gasto com medicamentos;
- aspectos relacionados à morbidade: doenças auto-referidas, número de medicamentos em uso, aderência ao tratamento, número de vezes que foi ao médico nos últimos 12 meses, local que procura atendimento médico, necessidade de internação e/ou cirurgia nos últimos 12 meses, perda ponderal, fadiga persistente, apetite, infecções de repetição, déficit visual, déficit auditivo; autonomia para realização de atividades instrumentais da vida diária e atividades complexas, memória.

- hábitos relacionados à doença, ao estilo de vida e à interação social: tristeza sem causa aparente, apetite, sono, etilismo, tabagismo, atividade física diária, atividade sexual, participação em grupos de auto-ajuda, relacionamento afetivo, atividades de lazer, auto-avaliação da saúde e expectativas quanto ao futuro.

As variáveis obtidas por questões abertas referiam-se a atividades mais apreciadas pelos idosos e expectativas quanto ao futuro.

No presente trabalho foi considerado “idoso” o indivíduo com idade cronológica de 60 anos ou mais, seguindo o critério adotado pela Organização Mundial de Saúde. Para fins de análise, os idosos de Santo Antônio de Lisboa foram agrupados em faixas etárias de 60 a 69 anos (idosos “jovens”), 70 a 79 anos (idosos “idosos”) e 80 anos ou mais (idosos “muito idosos”), seguindo a classificação adotada pela maioria dos estudos epidemiológicos com idosos realizados no Brasil.

Na velhice a manutenção da autonomia está intimamente ligada à qualidade de vida.<sup>9</sup> Uma forma de quantificar a qualidade de vida de um indivíduo é através do grau de autonomia com que o mesmo desempenha as funções do dia-a-dia, que o faz independente dentro de seu contexto sócio-econômico-cultural (Grimley-Evans *apud* Kalache, 1987). Para tanto, desenvolveram-se inúmeros instrumentos formais e abrangentes destinados a identificar idosos suspeitos de fragilização. Esses instrumentos ou escalas avaliam as principais áreas funcionais, tais como as atividades do cotidiano, a mobilidade, o equilíbrio e a marcha, as funções das extremidades, os distúrbios afetivos e os de cognição. A expressão Atividades da Vida Diária (AVD) refere-se a um conjunto de capacidades necessárias à manutenção da independência para o auto-cuidado, como as funções de banhar-se, vestir-se, alimentar-se, higienizar-se, transferir-se e andar. As Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD) estão relacionados a níveis mais altos de funções necessárias a uma vida independente, tais como fazer compras, usar transporte público, lidar com dinheiro, cozinhar e realizar trabalhos leves de limpeza de casa (Lachs *apud* Veras, 2002). Nesta pesquisa, a questão da autonomia foi abordada de uma forma simplificada na forma de questionamento ao entrevistado sobre a necessidade de ajuda para realizar atividades simples da vida diária (como deitar/levantar da

cama, ir ao banheiro, pentear cabelos, tomar banho, vestir-se, andar no plano) ou para atividades complexas da vida diária (como tomar ônibus, dirigir, fazer compras, ir ao banco).

O comprometimento da memória é o sintoma mais proeminente e precoce da demência, que leva ao déficit progressivo das capacidades cognitivas, à deterioração do desempenho funcional e social, à perda de autonomia e à dependência, com comprometimento a qualidade de vida do idoso e de seus familiares. Em razão disso, nos estudos epidemiológicos na área do envelhecimento em geral, a avaliação cognitiva dos idosos é realizada com o auxílio de instrumentos formais, tais como, Miniexame do Estado Mental, Escala de Depressão Geriátrica, etc. Em vista da natureza desta pesquisa – um trabalho de conclusão de curso de graduação – e da exigüidade de tempo, o tema foi abordado na forma de questionamento ao entrevistado, se este apresentava ou não problemas de memória, dificuldade para lembrar pessoas, fatos ou objetos guardados.

Aspectos subjetivos dos idosos foram abordadas na forma de auto-avaliação da saúde e questões abertas sobre atividades de preferência e expectativas quanto ao futuro.

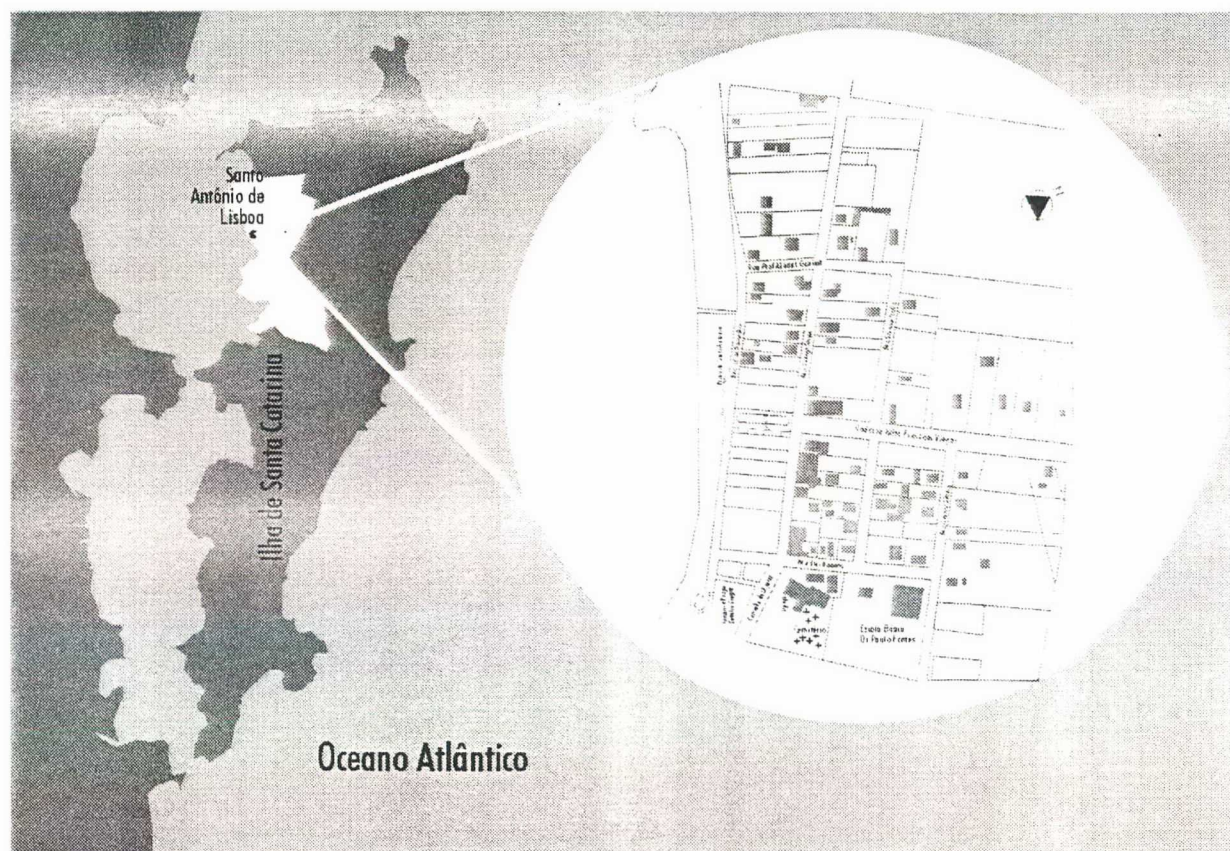
Os dados levantados foram tabulados no programa EPI-DATA e submetidos à análise estatística no programa EPI-INFO6. Foi utilizado teste do qui-quadrado para as variáveis categóricas e teste t de Student para variáveis contínuas. Foi considerada significância estatística quando  $p < 0,05$ .

Os dados qualitativos foram categorizados e descritos. Em alguns casos foram quantificados.

### **3.1 LOCALIZAÇÃO DO ESTUDO**

O estudo foi realizado no distrito de Santo Antônio de Lisboa, Florianópolis-SC. A área pesquisada foi a sede distrital de Santo Antônio de Lisboa, que constitui a micro-área 34006 da área de abrangência do Centro de Saúde de Santo Antônio de Lisboa, que inclui as ruas XV de Novembro, Cônego Serpa, Senador Mafra, General Aleluia, trechos do Caminho dos

Açores e da Rodovia Gilson da Costa Xavier, paralelas à beira do mar, suas transversais, começando pela antiga Estrada dos Velhacos, rua Osni Barbato, trecho da Rod. Nilta Franzoni Viegas, rua Alcides Goulart e servidão Hipólito Machado. A localização do distrito de Santo Antônio de Lisboa e o mapa da área pesquisada podem ser vistos na FIGURA 1.



Fonte: Adaptado de Soares I. Santo Antônio de Lisboa: vida e memória. Florianópolis: Fund Franklin Cascaes, 1990.

FIGURA 1 - Localização do distrito de Santo Antônio de Lisboa na Ilha de Santa Catarina e mapa da área pesquisada.

Diversos autores catarinenses versaram sobre Santo Antônio de Lisboa. Nas palavras de Soares: “Dentre as freguesias da Ilha de Santa Catarina é Santo Antônio de Lisboa uma das mais antigas, tendo recebido seus primeiros povoados ainda no século XVII, um pouco depois da morte de Francisco Dias Velho.”<sup>10</sup> Virgílio Várzea, ilustre escritor ilhéu do início do século passado, relata que:



A freguesia de Santo Antônio começou a florescer quase ao lado do Desterro, à maneira da Lagoa e Ratonés (...). Ocupada a princípio pelos colonos que vieram para a Ilha com o padre Mateus de Leão, com terras de sesmarias de uma légua em redor, o sítio entrou a cobrir-se de pequenas palhoças e ranchos, erguidos em meio às primeiras lavouras, desde a Praia Comprida à Ponta de Sambaqui, isto até 1714, data em que chegando a essas plagas o sargento-mor Manuel Manso de Avelar, aí se estabeleceu, aumentando a povoação, cujas terras passaram depois à possessão de sua filha, D. Clara Manso (...). Foi em vida desta senhora, que se erigiu a igrejinha consagrada a Santo Antônio, de onde veio o nome ao local. Essa igrejinha é a mesma que existe ainda hoje na freguesia, apenas melhorada e ampliada. (...) Santo Antônio é uma das localidades mais aprazíveis da costa ocidental da Ilha. Situada em solo plano e à beira-mar, entre Cacupé Pequeno e a Ponta da Ilhota, dir-se-á uma cidadezinha, pela sua pitoresca praça, e pela sua disposição em três ou quatro ruas cheias de casas, unidas ou separadas apenas por pequenas hortas e jardins, que não existem em outros sítios.<sup>11</sup>

Várzea descreve um cenário do início do século passado, hoje não mais existente:

... o porto de Santo Antônio era manso e movimentado por um comércio marítimo maior que o de todas as outras freguesias. Embarcações miúdas, em grande número, remam ou velejam diariamente entre as suas praias e o Desterro<sup>(\*)</sup>, sobretudo quando, como é freqüente, há ali fundeados navios mercantes ou de guerra, nacionais ou estrangeiros, cujo calado não lhes permitem passarem além dos ancoradouros de Santa Cruz e Sambaqui.<sup>11</sup>

A evolução da atividade econômica da freguesia é explicada por Soares:

O desenvolvimento ocorrido no século XIX, decorrente da movimentação de seu porto como ponto de baldeação de mercadorias vindas do interior e de outras províncias, fez com que o comércio local prosperasse, provocando, em contrapartida, fenômeno inverso com relação às suas atividades agrícolas. Com o declínio do porto de Florianópolis e a abertura de estradas no interior da Ilha de Santa Catarina, Santo Antônio de Lisboa perdeu a movimentação de seu porto, decorrendo disso uma queda vertiginosa no seu comércio e um longo período de estagnação. A reversão desse quadro começou a ser feita depois da segunda metade deste século, quando o Distrito, por vontade própria, encontrou outros caminhos para a sua afirmação e desenvolvimento. (...) Hoje o lugar é pólo atuante de animação cultural, um dos mais importantes da Ilha de Santa Catarina.<sup>10</sup>

---

(\*) Desterro ou Vila de Nossa Senhora do Desterro é a antiga denominação de Florianópolis.

## 4 RESULTADOS

No estudo foram entrevistados 54 idosos, representando 94,7% do universo de moradores da micro-área Santo Antonio de Lisboa, com idade igual ou superior a 60 anos. Não foram entrevistados três idosos, um por recusa em participar e dois por impossibilidade de contato pela pesquisadora devido a horários incompatíveis.

### 4.1 ASPECTOS DEMOGRÁFICOS

A idade dos entrevistados variou dos 60 aos 90 anos, com média de 70,5 (desvio-padrão 7,9). Dos idosos pesquisados, 51,9% eram do sexo feminino e 48,1% do sexo masculino.

Quanto ao estado civil, a maioria dos idosos era casada (70,4%); divorciados, solteiros e viúvos somavam 29,6%. Dos viúvos (18,5%), todos eram do sexo feminino.

Quanto à naturalidade, a maioria (68,5%) era nativa da cidade (Santo Antônio de Lisboa ou de distritos próximos), 14,8% (8) eram nascidos em outras localidades do Estado, 9,3% (5) eram de outros Estados e 7,4% eram de origem estrangeira (Portugal e Alemanha).

A maioria (53,7%) residia em domicílios multigeracionais, 37% residia em companhia do cônjuge ou outro familiar e 9,3% residia só.

A escolaridade dos entrevistados variou de nenhuma instrução a 20 anos de estudo. Três (5,6%) nunca freqüentaram escola e a maioria (51,9%) estudou de 1 a 4 anos. Aqueles que estudaram 12 anos ou mais foram em número de 12 (22,2%).

Os aspectos demográficos dos idosos de Santo Antônio de Lisboa, segundo sexo, podem ser observados na TABELA 1. Como pode ser notado, houve diferença estatisticamente significativa apenas em relação ao estado civil. A maioria do sexo masculino (88,5%) era casada, sendo que solteiros, viúvos e separados somavam apenas 11,5% contrapondo-se ao grupo do sexo feminino em que as viúvas, solteiras e separadas totalizavam 46,4% (n=13).

**TABELA 1 – Aspectos demográficos dos idosos de Santo Antônio de Lisboa conforme o sexo [Florianópolis (SC), 2002].**

	sexo		$\chi^2$ ou Fischer <sup>(*)</sup>	p
	feminino	masculino		
faixa etária			0,51	0,773
60 a 69 anos	42,9% (12)	50,0% (13)		
70 a 79 anos	39,3% (11)	38,5% (10)		
80 anos ou +	17,8% ( 5)	11,5% ( 3)		
estado civil			11,63	<0,01
casados	53,6% (15)	88,5% (23)		
solteiros	3,6% ( 1)	3,8% ( 1)		
viúvos	35,7% (10)	-		
separados <sup>(+)</sup>	7,1% ( 2)	7,7% ( 2)		
escolaridade			4,89	0,299
sem instrução	7,1% ( 2)	3,8% ( 1)		
1 a 4 anos	60,8% (17)	42,4% (11)		
5 a 8 anos	14,3% ( 4)	15,4% ( 4)		
9 a 11 anos	7,1% ( 2)	3,8% ( 1)		
12 ou mais	10,7% ( 3)	34,6% ( 9)		
naturalidade			1,30	0,728
Florianópolis	75,0% (21)	61,5% (16)		
outra cidade do Estado	10,8% ( 3)	19,3% ( 5)		
outro Estado	7,1% ( 2)	11,5% ( 3)		
outro País	7,1% ( 2)	7,7% ( 2)		

FONTE: Pesquisa domiciliar realizada com idosos de Santo Antônio de Lisboa [Florianópolis-SC, 2002].

(\*) p: teste do Qui-Quadrado ou exato de Fischer (no caso de haver valor<5).

(+) incluídos divorciados, desquitados e separados

## 4.2 ASPECTOS SÓCIO-ECONÔMICOS

Quando perguntados se estavam em atividade, a maioria dos idosos respondeu afirmativamente (79,6%), percentual que era maior no sexo feminino (92,9%) do que no sexo masculino (65,4%), com diferença estatisticamente significativa ( $p = 0,03$ ). Dos idosos entrevistados, 62,9% referiram receber aposentadoria. Dentre os que não recebiam aposentadoria (20), a maioria (13) era composta de donas-de-casa. As ocupações prévias mais relatadas pelos idosos que referiram estar aposentados e sem outra ocupação atual, estavam relacionadas ao serviço público (46%). Na tabela 2 podem ser vistas as ocupações prévias e atuais relatadas pelos idosos.

**TABELA 2** – Ocupações prévias ou atuais relatadas pelos idosos de Santo Antônio de Lisboa [Florianópolis (SC), 2002].

Ocupações	Frequência	%
Ocupações prévias		
▪ funcionários públicos	25	46
▪ ligadas ao comércio	5	9
▪ atividades autônomas (alfaiate, costureira, pescador, pedreiro)	4	7
▪ profissionais liberais	2	4
Ocupações atuais		
▪ do lar	13	24
▪ atividades autônomas (jardineiro, pescador)	2	4
▪ ligadas ao comércio	2	4
▪ ministério sacerdotal	1	2
<b>Total</b>	<b>54</b>	<b>100</b>

FONTE: Pesquisa domiciliar realizada com idosos de Santo Antônio de Lisboa [Florianópolis-SC, 2002].

A maioria dos entrevistados (88,9%) auferia algum tipo de renda (aposentadoria ou pensão), enquanto grande parte (43,7%) tinha renda mensal de até 3 salários-mínimos, 33,3% dos idosos referiram receber renda acima de 10 salários-mínimos.

De 59,3% (32) que referiram ser chefe da família, 28,1% (9) eram do sexo feminino e 71,9% (23) do sexo masculino. A maioria dos idosos (54,3%) tinha um ou mais dependentes, sendo que a faixa etária com maior número de dependentes era de 60 a 69 anos.



Na TABELA 3 podem ser visualizados os dados relativos aos aspectos sócio-econômicos dos idosos segundo o sexo. Houve diferença estatisticamente significativa nas variáveis renda pessoal, chefe de família e número de dependentes, com maior prevalência de rendas mais baixas no sexo feminino em comparação ao sexo masculino e maior prevalência de chefes de família e maior número de dependentes no sexo masculino. Verifica-se que os idosos do sexo feminino, a maioria (67,8%, n=19) recebia até 3 salários-mínimos, enquanto no sexo masculino, a maioria (69,2%, n = 18) tinha renda pessoal acima de 3 salários-mínimos. Consistentemente, a maioria dos idosos do sexo masculino (88,5%, n=23) referiu ser chefe de família e ter dependentes (60%, n = 15), enquanto a maioria do sexo feminino afirmou não ser chefe de família (67,9%, n = 19) e não possuir dependentes (60%, n = 24).

**TABELA 3** – Aspectos sócio-econômicos dos idosos de Santo Antônio de Lisboa segundo o sexo [Florianópolis (SC), 2002].

	sexo		$\chi^2$ ou Fischer <sup>(*)</sup>	P
	feminino	masculino		
renda pessoal			10,63	0,059
sem renda	21,4% ( 6)	-		
1 salário-mínimo	21,4% ( 6)	15,4% ( 4)		
> 1 até 3 SM	25,0% ( 7)	15,4% ( 4)		
> 3 até 5 SM	7,2% ( 2)	15,4% ( 4)		
> 5 até 10 SM	3,6% ( 1)	15,4% ( 4)		
> 10 SM	21,4% ( 6)	38,4% (10)		
n°. residentes casa			0,64	0,887
vive só	10,7% ( 3)	7,7% ( 2)		
2	32,1% ( 9)	42,3% (11)		
3 a 4	35,7% (10)	30,8% ( 8)		
5 ou mais	21,4% ( 6)	19,2% ( 5)		
chefe da família			15,46	< 0,01
sim	32,1% ( 9)	88,5% (23)		
não	67,9% (19)	11,5% ( 3)		
n°. dependentes			17,42	<0,01
0	60,0% (24)	40,0% (11)		
1	10,0% ( 1)	48,0% (12)		
2	20,0% ( 2)	4,0% ( 1)		
3	10,0% ( 1)	-		
4	-	8,0% ( 2)		

FONTE: Pesquisa domiciliar realizada com idosos de Santo Antônio de Lisboa [Florianópolis-SC, 2002].

(\*) p: teste do Qui-Quadrado ou exato de Fischer (no caso de haver valor<5).

### 4.3 ASPECTOS RELACIONADOS À MORBIDADE

#### 4.3.1 Número de Doenças Auto-Referidas

O número de doenças auto-referidas variou de 0 a 8 doenças. Cerca de um quinto dos entrevistados referiu não possuir nenhuma doença, mas 48,1% referiram ter de 1 a 3 doenças diagnosticadas. Foi encontrada associação estatisticamente significativa entre número de doenças e faixa etária, com menor prevalência de comorbidades nas faixas etárias mais jovens. O grupo com até 70 anos ( $n = 25$ ) apresentou uma prevalência 41% menor de comorbidades (mais de 3) do que o grupo com 70 anos ou mais ( $n=6$ , 24% versus  $n=11$ , 38%), com diferença estatisticamente significativa (razão de prevalência (RP) = 0,41,  $p = 0,048$ ). Embora tenha sido encontrado maior número de idosos do sexo feminino com mais de uma doença diagnosticada ( $n=21$ , 75%) do que do sexo masculino ( $n=14$ , 53,8%), o estudo não demonstrou associação estatisticamente significativa entre número de doenças e sexo.

A FIGURA 3 mostra as doenças mais auto-referidas pelos idosos de Santo Antônio.

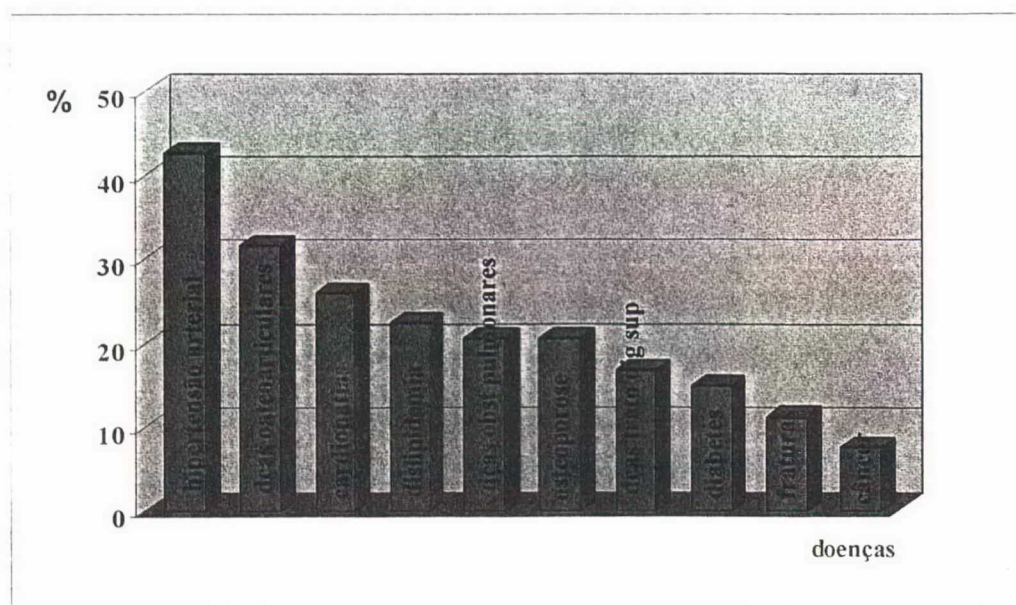


FIGURA 2 - Principais doenças auto-referidas pelos idosos de Santo Antônio de Lisboa, Florianópolis (SC), 2002.

Verifica-se que a doença mais referida pelos idosos foi a Hipertensão Arterial Sistêmica, referida por 42,6 % dos idosos, mais por mulheres do que por homens (50% contra 34,6), porém sem ser estatisticamente significante ( $p=0,385$ ).

Quanto às doenças osteoarticulares, 35,7% das mulheres e 26,9% dos homens as referiram (RP=1,33 e  $p=0,687$ ).

Apesar da prevalência das cardiopatias mostrar tendência maior em homens do que em mulheres (34,6% versus 17,9%), não houve diferença estatisticamente significativa entre os sexos (RP=1,94 e  $p=0,274$ ).

#### **4.3.2 O que Mudou após o Diagnóstico?**

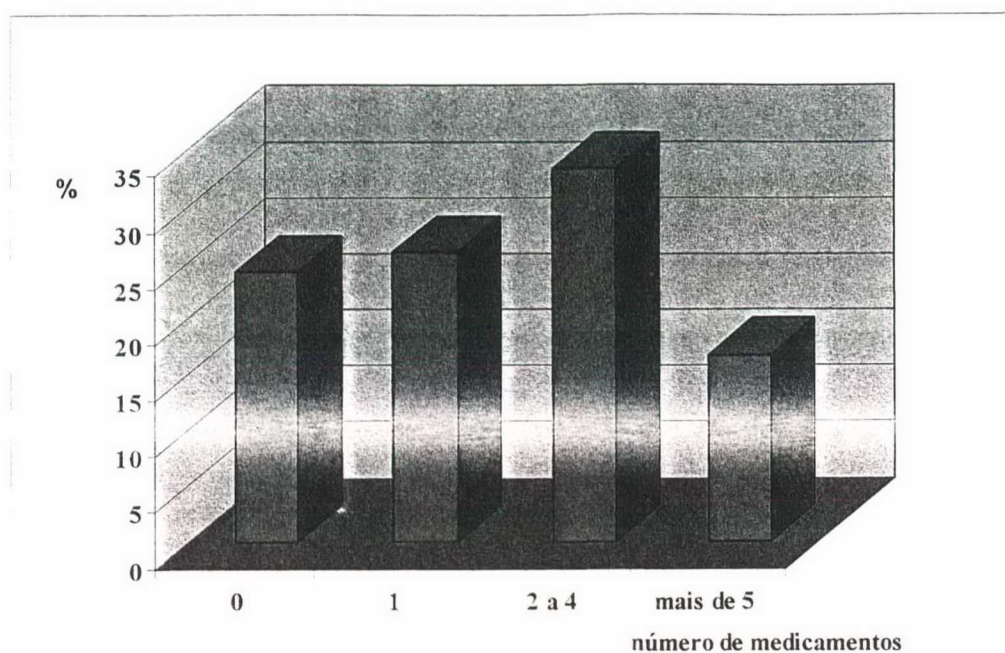
Dentre os idosos que referiram alguma doença, 88,4% afirmaram que houve mudança em suas vidas após o diagnóstico. A quase totalidade (97,4%) relatou que passou a usar algum tipo de medicação de uso continuado, praticamente um terço relatou que passou a realizar mais exercícios regulares. Cerca de 10% dos idosos relataram que pararam de fumar e 5% pararam a ingestão de bebidas alcoólicas.

Questionados se realizavam o tratamento médico recomendado, 90% responderam positivamente.

#### **4.3.3 Número de Medicamentos em Uso**

A distribuição dos idosos segundo o número de medicamentos utilizados pode ser vista na FIGURA 4. Cerca de um quarto (24,1%,  $n=13$ ) relataram não fazer uso de nenhum medicamento e a maior parcela (33,3%,  $n=18$ ) usavam de 2 a 4 medicamentos.





**FIGURA 3 - Distribuição dos idosos de Santo Antônio de Lisboa segundo o número de medicamentos em uso [Florianópolis (SC), 2002].**

As drogas mais comumente utilizadas pelos idosos eram antihipertensivos e antiagregantes plaquetários, conforme mostra a TABELA 4.

**TABELA 4 – Drogas mais utilizadas pelos idosos de Santo Antônio de Lisboa [Florianópolis(SC), 2002].**

Drogas	freqüência	%
▪ Diuréticos	13	31,7
▪ Antiagregantes plaquetários	11	26,8
▪ Antilipêmicos	9	22,0
▪ IECA	8	19,5
▪ Betabloqueadores	8	19,5
▪ Broncodilatadores	6	14,6
▪ Sulfoniluréias	5	12,2
▪ Bloq canais de cálcio	5	12,2
▪ Antidepressivos	4	9,8
▪ Nitratos	4	9,8
▪ Antiarrítmicos	4	9,8
▪ Metformina	4	9,8
▪ Alopurinol	3	7,3

FONTE: Pesquisa domiciliar realizada com idosos de Santo Antônio de Lisboa [Florianópolis-SC, 2002].  
OBS: Os percentuais não totalizam 100 porque os entrevistados puderam referir mais de um medicamento.



#### 4.3.4 Gasto com medicamentos

O gasto médio dos idosos com medicamentos era de R\$ 117,27, correspondente a 58,6% do salário-mínimo (SM) vigente na época ou US\$ 33.50 com cotação vigente em março de 2003, (DP = R\$ 145, 30), variando entre 0 e R\$ 550,00. Entre os idosos que faziam uso de medicamentos (n = 41), os que referiram não gastar nada somavam 20% (n = 8) e um idoso referiu não saber quanto gasta. Aqueles que não gastavam nada, relataram que recebiam o medicamento no Posto de Saúde local. Entre os idosos que faziam uso de medicamentos, o estudo mostrou prevalência maior dos idosos que tinham renda até 3 SM ou não tinham renda de gastar até R\$ 100,00 comparados àqueles que ganhavam mais de 3 SM, com significância estatística [86% versus 47% (RP=1,81, p=0,024)].

#### 4.3.5 Procura por serviços de saúde

Os idosos referiram procura por serviços de saúde em média três vezes por ano, variando de nenhuma a doze vezes por ano. As mulheres apresentaram média de procura de 3,57 vezes por ano (moda = 2), enquanto os homens, 2,46 vezes por ano (moda = 0). Parcela significativa dos idosos do sexo masculino (n=8, 30,8%) referiu não buscar assistência médica nenhuma vez no ano, contrapondo-se a apenas uma idosa (3,6%) que assim referiu, mostrando prevalência oito vezes maior de homens não procurarem assistência médica em relação às mulheres, com diferença estatisticamente significativa (RP = 8,62, p = <0,01).

O local mais procurado pelas idosas de Santo Antonio foi o Posto de Saúde (42,9%, n=12), enquanto pelos homens foi o consultório particular (46,2%, n=12), mostrando uma tendência maior do sexo feminino buscar assistência médica na rede local, porém a diferença encontrada não foi estatisticamente significativa (RP = 1,86, p = 0,210).

#### 4.3.6 Internações nos últimos 12 meses

Internações durante o último ano foram referidas por 9,3% (5) dos idosos. Não houve diferença estatisticamente significativa na distribuição dos idosos que foram internados quanto à faixa etária, o número de doenças ou o número de medicamentos em uso. Os

motivos das internações relatados pelos idosos foram acidente vascular cefálico (AVC), crise de bronquite, fratura, síncope e vertigem.

#### **4.3.7 Cirurgias nos últimos 12 meses**

Dos idosos pesquisados, 16,7% (9) referiram ter realizado algum tipo de cirurgia nos últimos 12 meses. No sexo masculino prevaleceram as cirurgias de revascularização (50%), enquanto no sexo feminino as mais realizadas foram as cirurgias ginecológicas (histerectomias e perineoplastias; 50%).

#### **4.3.8 Quedas**

Cerca de 24% (13) dos idosos referiram ter sofrido queda nos últimos 12 meses, com distribuição semelhante entre as faixas etárias e com prevalência maior no sexo feminino do que no masculino (32,1% *versus* 15,4%), com razão de prevalência de 2,09, mas sem diferença estatisticamente significativa.

#### **4.3.9 Avaliação do estado funcional**

Dos idosos entrevistados, 18,5% (10) relataram necessitar de algum tipo de ajuda nas suas atividades da vida diária, sendo mais referida por mulheres do que por homens (25% *versus* 11,5%). A prevalência da incapacidade funcional para atividades da vida diária referida foi duas vezes maior na mulher do que no homem, porém sem significância estatística (RP = 2,17, p= 0,356). Entre aqueles que relataram necessitar de ajuda, 40% revelaram que efetivamente recebem ajuda dentro de suas casas.

Quando perguntados sobre as atividades mais complexas da vida diária como pegar o ônibus, dirigir, ir ao banco e realizar compras, 11 idosos (20,4%) referiram não mais realizá-los, sendo que 8 eram do sexo feminino (72,7%) e 6 tinham mais de 80 anos (75%). A prevalência da perda da autonomia para as atividades instrumentais da vida diária foi quase duas e meio vezes maior nas mulheres (n=8, 28,6%) do que nos homens (n=3, 11,5%), porém essa diferença não foi estatisticamente significativa (RP = 2,48 e p=0,224).

#### 4.3.10 Aspectos cognitivos

Dos idosos de Santo Antônio de Lisboa, 26% referiram apresentar problemáticas de memória (“esquecimento”), mostrando tendência maior da prevalência da queixa em mulheres do que em homens (32,1% *versus* 19,2%), porém a diferença não foi estatisticamente significativa.

Não foi encontrada associação positiva entre problemas de memória e faixa etária.

#### 4.3.11 Sono e Sintomas Depressivos

Quando indagados a respeito da qualidade do sono, 22 idosos (40,7%), a maioria do sexo feminino (63,6%), relataram possuir algum distúrbio. Grande parcela (54,5%, n=12) referiu dificuldade para iniciar o sono, 45,5% (10) relataram acordar inúmeras vezes durante o sono e 9,1% (2) referiram que acordavam muito cedo.

A insônia inicial predominou no sexo feminino [71,4% *versus* 25,0% (RP= 2,856 e p=0,097)], enquanto o sono interrompido foi a queixa mais freqüente no sexo masculino [62,5% *versus* 35,7 (RP=1,75 e p = 0,442)]. A freqüência da queixa de insônia terminal foi igual em ambos os sexos.

A prevalência de distúrbios do sono foi duas vezes maior naqueles que referiram sintomas depressivos em relação àqueles que não referiram, com diferença estatisticamente significativa [71,4% *versus* 30% (RP = 2,38 e p = 0,016)].

A insônia inicial foi a queixa mais freqüente nos idosos com sintomas depressivos (60%).

Dos idosos, 25,9% (n=14) referiram sintomas sugestivos de depressão. O estudo demonstrou que a prevalência de sintomas depressivos nos idosos de Santo Antônio é cerca de cinco e meio vezes maior nas mulheres do que nos homens, diferença esta estatisticamente significativa [42,9% *versus* 7,7% (RP = 5,57 e p =<0,01)].

Considerando o uso de medicamentos, as queixas depressivas foram mais freqüentes naqueles que utilizavam medicamentos comparados aos que não utilizavam, porém essa diferença não foi estatisticamente significativa [29,2% *versus* 15,4% (RP=1,90, p=0,527)].

#### **4.3.12 Alteração no Peso Corporal e Appetite**

Quando questionados sobre perda ponderal não relacionado à dieta, nos últimos 12 meses, 15% dos idosos de Santo Antônio de Lisboa responderam positivamente.

Dos idosos pesquisados, apenas 15% relataram diminuição do apetite.

#### **4.3.13 Fraqueza**

Dos idosos de Santo Antônio de Lisboa, 27,8% (15) referiram sentir fraqueza para realizar atividades como, por exemplo, caminhar, com distribuição semelhante entre os sexos.

#### **4.3.14 Infecções repetidas**

Dos idosos pesquisados, 13% (7) relataram apresentar infecções de repetição nos últimos 12 meses. Houve uma tendência daqueles que tinham doenças apresentarem prevalência maior de infecções de repetição do que aqueles que não tinham (16% *versus* 0%), mas a diferença não foi estatisticamente significativa.

#### **4.3.15 Acuidade visual**

Quanto à acuidade visual, 37% (20) dos idosos de Santo Antônio de Lisboa referiram apresentar algum tipo de déficit visual. A maioria (70%, 14) referiu apresentar visão embaçada, 20% (4) referiram não enxergar perto e 10,% (2) referiram escurecimento da visão, sem diferenças significativas entre gêneros. Na faixa etária mais avançada, a queixa unânime foi visão embaçada.

#### **4.3.16 Acuidade auditiva**

Diminuição da acuidade auditiva foi referida por 11% (6) dos idosos de Santo Antônio de Lisboa, sendo mais prevalente no sexo masculino do que no feminino (15,4% *versus* 7,1%), não tendo sido encontrada associação estatisticamente demonstrável (RP = 2,15 e p=0,596).

#### **4.3.17 Dificuldade para falar**

Entre os idosos de Santo Antônio de Lisboa, 7% (4) apresentavam dificuldade de expressão, sendo que a maioria (3) relatava HAS e acidente vascular cerebral prévios (RP=2,78 e p=0,704).

Na TABELA 5 estão listados os aspectos relacionados à morbidade dos idosos de Santo Antônio segundo o sexo.

**TABELA 5 – Aspectos relacionados à morbidade dos idosos de Santo Antônio de Lisboa segundo o sexo [Florianópolis (SC), 2002].**

	feminino	masculino	$\chi^2$ ou Fischer <sup>(*)</sup>	p
doenças auto-referidas				
nenhuma	17,9% ( 5)	23,1% ( 6)	2,45	0,484
1 a 3	42,9% (12)	53,8% (14)		
4 a 5	28,6% ( 8)	11,5% ( 3)		
6 ou mais	10,7% ( 3)	11,5% ( 3)		
medicamentos em uso			1,62	0,654
nenhum	17,9% ( 5)	30,8% ( 8)		
1	25,0% ( 7)	26,9% ( 7)		
2 a 4	39,3% (11)	26,9% ( 7)		
5 ou mais	17,9% (15)	15,4% ( 4)		
autonomia para AVD			0,85	0,356
sim	75,0% (21)	88,5% (23)		
não	25,0% ( 7)	11,5% ( 3)		
autonomia para AIVD			1,48	0,224
sim	71,4% (20)	88,5% (23)		
não	28,6% ( 8)	11,5% ( 3)		
quedas no último ano			1,26	0,262
sim	32,1% ( 9)	15,4% ( 4)		
não	67,9% (19)	84,6% (22)		
internações último ano			0,01	0,930
sim	10,7% ( 3)	7,7% ( 2)		
não	89,3% (25)	92,3% (24)		
cirurgias no último ano			0,37	0,542
sim	21,4% ( 6)	11,5% ( 3)		
não	78,6% (22)	88,5% (23)		
distúrbios do sono			1,35	0,246
sim	50,0% (14)	30,8% ( 8)		
não	50,0% (14)	69,2% (18)		
sintomas depressivos			6,95	<b>&lt;0,01</b>
sim	42,9% (12)	7,7% ( 2)		
não	57,1% (16)	92,3% (24)		
déficit visual			0,24	0,623
sim	32,1% ( 9)	42,3% (11)		
não	67,9% (19)	57,7% (15)		
déficit auditivo			0,28	0,596
sim	7,1% ( 2)	15,4% ( 4)		
não	92,9% (26)	84,6% (22)		
déficit expressão			0,20	0,657
sim	7,1% ( 2)	7,7% ( 2)		
não	92,9% (26)	92,3% (24)		

FONTE: Pesquisa domiciliar realizada com idosos de Santo Antônio de Lisboa [Florianópolis-SC, 2002].

(\*) p: teste do Qui-Quadrado ou exato de Fischer (no caso de haver valor <5).

## 4.4 ASPECTOS COMPORTAMENTAIS E ESTILO DE VIDA

### 4.4.1 Hábitos relacionados a doenças

Em relação aos hábitos alimentares, a pesquisa mostrou que os idosos de Santo Antônio de Lisboa ingerem uma dieta variada. A média de consumo de frutas referida foi de 6 vezes por semana, a de verduras, 5,2 vezes por semana e a de carne, considerando qualquer tipo, foi de 6,4 vezes por semana.

Em Santo Antônio de Lisboa, 56% dos idosos referiram o hábito de ingerir bebida alcoólica, com frequência média de consumo de três vezes por semana e ingesta média diária de 3,1 doses. A prevalência do hábito de beber é 62% maior no sexo masculino do que no sexo feminino, embora não tenha sido encontrada associação estatisticamente demonstrável (69,2% *versus* 42,8%; RP = 1,62 e p = 0,093).

Tabagismo foi referido por 15% dos idosos, sendo todos do sexo masculino; 26% relataram que haviam fumado no passado, mas que haviam deixado o hábito. Entre esses últimos, 71% eram homens e 29%, mulheres. Os fumantes tinham em sua maioria idade entre 60 e 69 anos, um deles com idade acima de 85 anos. A prevalência da exposição ao fumo foi quase cinco vezes maior nos homens do que nas mulheres, com significância estatística (69,2% *versus* 14,3%; RP = 4,85, p = <0,01).

Foi observada que a prevalência de doença pulmonar obstrutiva crônica nos idosos de Santo Antônio de Lisboa expostos, no presente ou no passado, ao tabaco foi 75% maior do que naqueles não expostos (27,2% *versus* 15,6%), embora essa diferença não tenha sido estatisticamente significativa.

Não foi demonstrada associação positiva entre exposição ao fumo e hipertensão arterial sistêmica.

### 4.4.2 Atividade Sexual

Atividade sexual foi relatada por 46,3% (25) dos idosos de Santo Antônio de Lisboa, com prevalência de 68% na faixa etária dos idosos “jovens”, 38,% nos idosos “idosos” e nula entre os idosos “muito idosos” (80 anos ou mais). Com relação ao gênero, a prevalência da

atividade sexual entre os idosos de Santo Antônio é quase duas vezes maior nos homens do que nas mulheres (61,5% *versus* 32,1%), porém no limite da significância estatística (RP = 1,91,  $p = 0,058$ ).

#### 4.4.3 Atividade Física

Dos idosos pesquisados, 44,4% (24) relataram realizar alguma forma de atividade física regular, em igual número de mulheres e homens, e referida por mais idosos da faixa etária de 70 a 79 anos ( $n=12$ , 57,1%), com prevalência semelhante entre os sexos (42,9% nas mulheres e 46,2% nos homens) e mais prevalente entre os idosos da faixa etária de 70 a 79 anos (57,1%).

O estudo demonstrou haver prevalência 35% maior de doenças auto-referidas entre os idosos que não realizavam atividades físicas comparado àqueles que realizavam, com significância estatística [90% *versus* 66,6% (RP=1,35 e  $p=0,037$ )].

Entre os idosos que realizavam atividade física, o uso de medicamentos foi menor do que entre aqueles não realizavam, porém essa diferença não foi estatisticamente significativa [70,8% *versus* 80% (RP=0,89,  $p = 0,643$ )].

O estudo demonstrou que aqueles que realizavam atividade física apresentavam 50% menos sintomas depressivos (16,7% *versus* 33,3%; RP= 0,50,  $p = 0,281$ ), 70% menos distúrbios de sono (33,3% *versus* 46,7%; RP = 0,71,  $p = 0,476$ ), 68% menos doenças osteoarticulares (25% *versus* 36,7%, RP = 0,68,  $p = 0,533$ ) comparado àqueles que não realizavam, resultados esses, porém, sem diferença estatisticamente significativa.

#### 4.4.4 Grupos de Convivência

Dos idosos de Santo Antônio, 22 (40,7%) referiram participar de grupos de convivência, com prevalência maior do sexo feminino ( $n=16$ ) em relação ao sexo masculino ( $n=6$ ), com diferença estatisticamente significativa [57,1% *versus* 23,1% (RP=2,48,  $p = 0,023$ )].

A participação em grupos de convivência aumenta à medida que aumenta a faixa etária.



A referência a sintomas depressivos foi maior entre os idosos que participavam de grupos do que entre aqueles que não participavam (31,8% *versus* 21,9%), porém a diferença não foi estatisticamente significativa (RP = 1,45, p = 0,614).

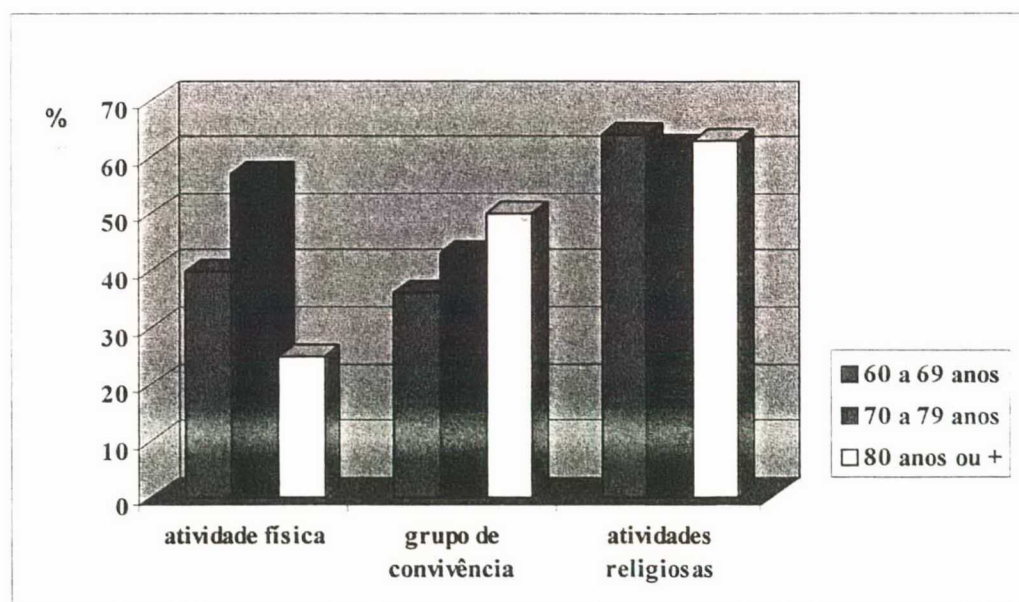
Não foi encontrada associação entre participação em grupos de convivência e número de doenças auto-referidas.

#### 4.4.5 Práticas Religiosas

A participação em atividades religiosas (missa principalmente) foi referida por 63% dos idosos da comunidade, com participação maior de mulheres do que de homens, porém sem diferença estatisticamente significativa [75% *versus* 50% (RP = 1,50 e p = 0,105)].

Não foi encontrada associação estatisticamente significativa entre freqüentar atividades religiosas e sintomas depressivos. O estudo mostrou uma tendência maior dos idosos que participam de atividades religiosas referirem sintomas depressivos comparados àqueles que não freqüentam, porém sem diferença estatisticamente significativa [29,4% *versus* 20,0% (RP=1,47, p=0,659)].

A FIGURA 5 mostra alguns aspectos do estilo de vida dos idosos segundo a faixa etária.



**FIGURA 4 - Atividades dos idosos de Santo Antônio de Lisboa por faixa etária [Florianópolis (SC), 2002].**

#### 4.4.6 Amizade ou vínculos sociais com amigos

Entre os idosos de Santo António de Lisboa, 51,9% (28) referiram possuir um amigo confidente. Relações sociais mais íntimas foram mais prevalentes no sexo feminino do que no sexo masculino, embora a diferença não tenha sido estatisticamente significativa (64,3% *versus* 38,5%; RP = 1,67 e p = 0,104).

Não foi encontrada associação estatisticamente significante entre manter laços sociais íntimos e não ter doença [32,1% *versus* 7,7% (RP = 4,16 e p = 0,058)] e ter amigos íntimos e não usar medicamentos [32,1% *versus* 15,4% (RP = 2,08, p = 0,262)].

Na TABELA 6 estão descritos os aspectos abordados no estudo, relacionados ao estilo de vida dos idosos segundo o sexo.

**TABELA 6 – Aspectos relacionados ao estilo de vida dos idosos de Santo Antônio de Lisboa segundo o sexo [Florianópolis (SC), 2002].**

	feminino	masculino	$\chi^2$ ou Fischer <sup>(*)</sup>	p
etilismo			2,80	0,093
sim	42,9% (12)	69,2% (18)		
não	57,1% (16)	30,8% ( 8)		
tabagismo <sup>(+)</sup>			14,66	<b>p&lt;0,01</b>
sim	14,3% ( 4)	69,2% (18)		
não	85,7% (24)	30,8% ( 8)		
atividade sexual			3,58	0,058
sim	32,1% ( 9)	60,0% (16)		
não	67,9% (19)	40,0% (10)		
atividade física regular			0,00	0,975
sim	42,9% (12)	46,2% (12)		
não	57,1% (16)	53,8% (14)		
amigos confidentes			2,64	0,104
sim	64,3% (18)	38,5% (10)		
não	35,7% (10)	61,5% (16)		
grupos de convivência			5,15	<b>0,023</b>
sim	57,1% (16)	23,1% ( 6)		
não	42,9% (12)	76,9% (20)		
atividade religiosa			2,62	0,105
sim	75,0% (21)	50,0% (13)		
não	25,0% ( 7)	50,0% (13)		

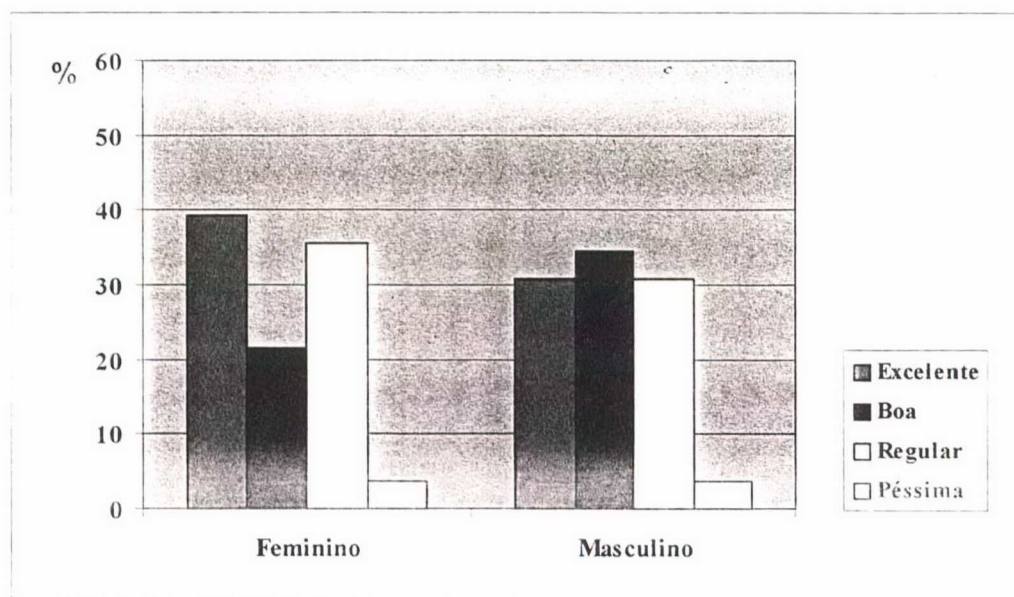
FONTE: Pesquisa domiciliar realizada com idosos de Santo Antônio de Lisboa [Florianópolis-SC, 2002].

(\*) p: teste do Qui-Quadrado ou exato de Fischer (no caso de haver valor < 5).

(+) incluída exposição presente e passada.

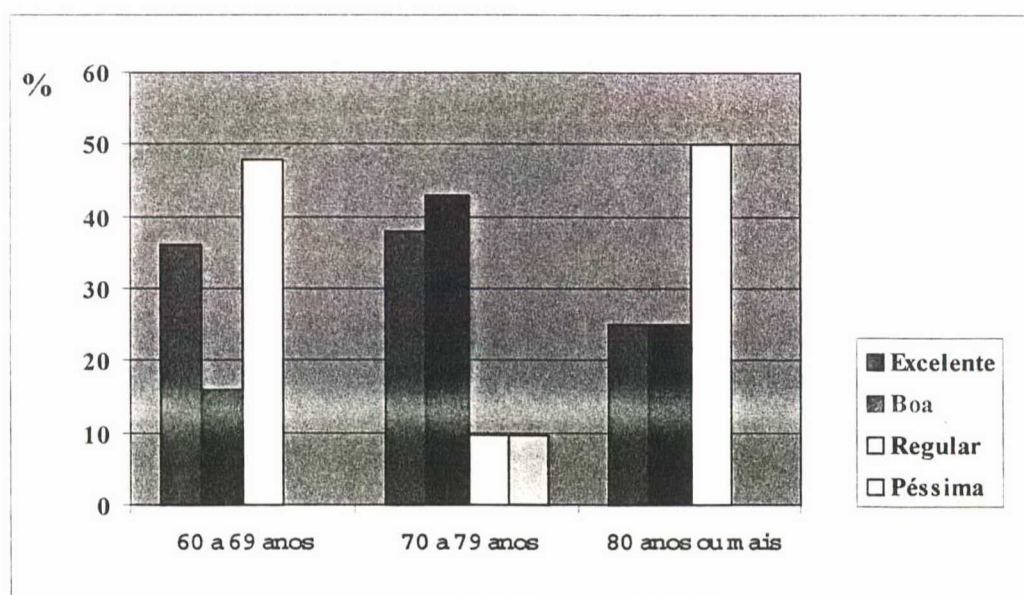
#### 4.5 AUTO-AVALIAÇÃO DA SAÚDE

Saúde boa ou excelente foi referida por 62,3% dos idosos de Santo Antônio de Lisboa. As FIGURAS 6, 7, 8 e 9 mostram a auto-avaliação de saúde conforme o sexo, a idade, a presença ou não de sintomas depressivos e o número de doenças referidas.



p=0,747

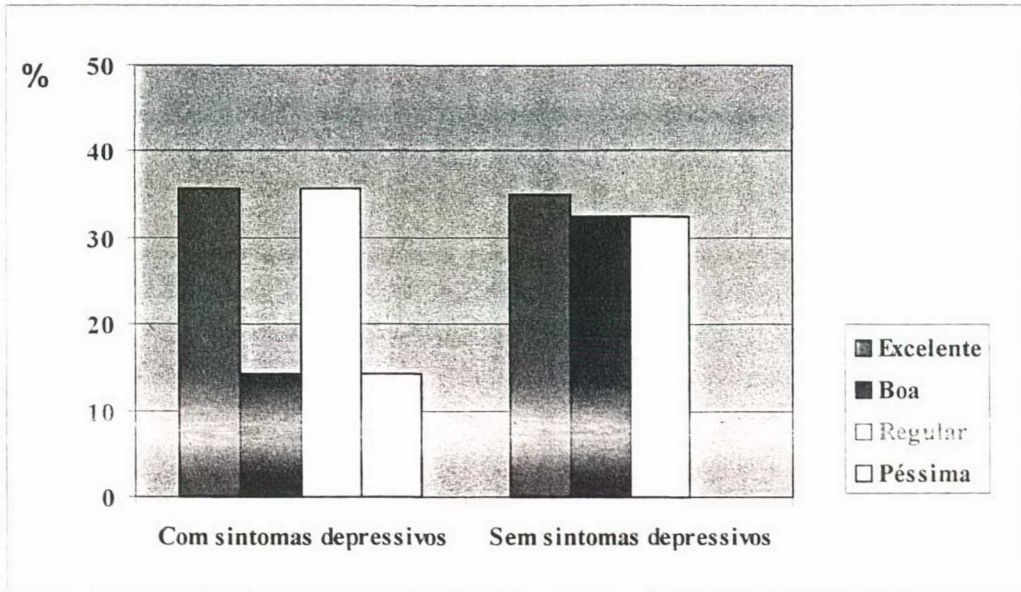
FIGURA 5 - Auto-avaliação de saúde dos idosos de Santo Antônio de Lisboa segundo o sexo [Florianópolis (SC), 2002].



p=0,056

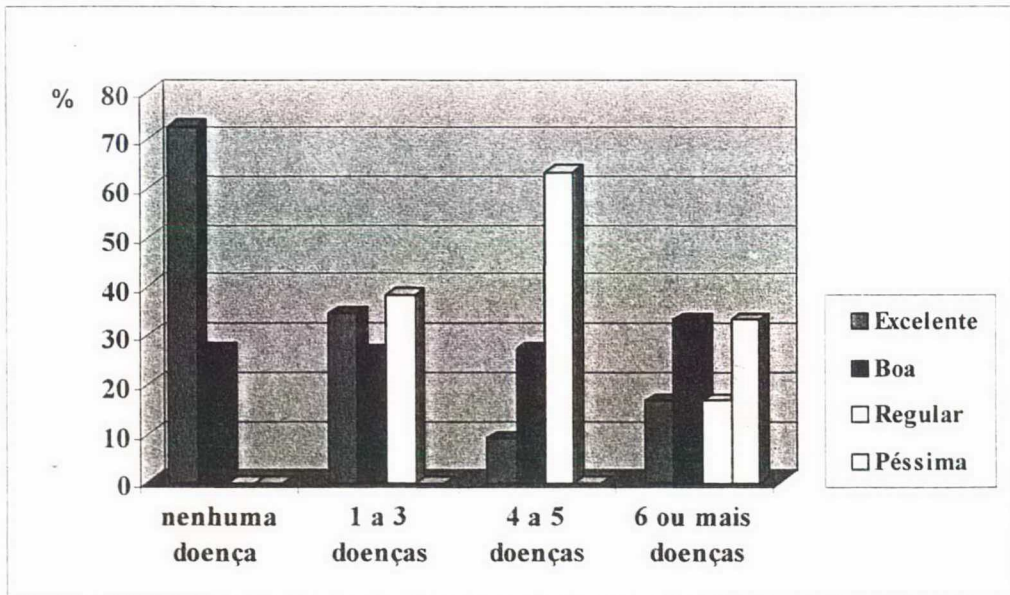
FIGURA 6 - Auto-avaliação de saúde dos idosos de Santo Antônio de Lisboa segundo a idade [Florianópolis (SC), 2002].





p=0,072

FIGURA 7 - Auto-avaliação de saúde dos idosos de Santo Antônio de Lisboa segundo a presença ou não de sintomas depressivos. Florianópolis (SC), 2002.



p=<0,01

FIGURA 8 - Auto-avaliação de saúde dos idosos de Santo Antônio de Lisboa segundo o número de doenças auto-referidas. Florianópolis (SC), 2002.

Observe-se na FIGURA 9, que entre os idosos que tinham 6 ou mais doenças, cerca de 15% referiram saúde excelente, percentual superior àqueles que tinham 4 a 5 doenças diagnosticadas, o que corrobora o conceito que saúde não é simplesmente a ausência de doenças.

#### 4.6 O QUE OS IDOSOS MAIS GOSTAM DE FAZER

Quando perguntados sobre o que mais gostavam de fazer, os entrevistados, em geral, citavam mais de uma atividade de preferência. Entre as mulheres, foram apontadas, com frequência, o gosto pelas tarefas domésticas e trabalhos manuais, como a renda de bilro, o crochê, a costura, o bordado. Algumas relatavam a tristeza que lhes causava não poder mais realizar essas atividades por alguma incapacidade adquirida, déficit motor ou visual, geralmente após relato de derrame. Outras relataram gostar de cuidar do jardim, plantar, mexer na terra, atividade que também foi muito citada pelos idosos do sexo masculino. A participação em grupos de convivência foi uma das atividades mais apreciadas pelas idosas. Manifestada por muitas como aquilo que mais gostavam de fazer, os grupos são espaços em elas relataram poderem conversar umas com as outras, rir, cantar, realizar atividades juntas, como jogos de bingo, ginástica, passeios e excursões a outras localidades. Muitas idosas referiram não mais participar dos grupos, geralmente porque seus maridos não mais as acompanhavam, devido a doença deles ou porque eles não gostavam, ou mesmo por questão financeira.

Assim como as idosas do sexo feminino, os idosos de Santo Antônio de Lisboa demonstraram muita disposição para inúmeras atividades. Foram citadas atividades relacionadas ao artesanato, como confecção de redes, tarrafas, cestaria, canoas, trabalhos em madeira. Outra atividade apreciada pelos idosos foi a pesca. Provavelmente devido à proximidade do mar e à ascendência açoriana da comunidade. Assim como entre as mulheres, atividades relacionadas à terra, como plantar flores, pés de frutas, também foram muito citados pelos idosos de Santo Antônio de Lisboa. Da mesma forma que entre as mulheres, o gosto pelos passeios e viagens também ficou evidenciado, mas com menos entusiasmo. Os idosos de espírito mais gregário referiram como atividade mais apreciada a reunião com os amigos, para conversar, beber, jogar juntos.

No QUADRO 1 estão descritas as atividades preferidas pelos idosos de Santo Antônio.

**QUADRO 1 – Atividades mais apreciadas pelos idosos de Santo Antônio de Lisboa [Florianópolis (SC), 2002].**

<b>Atividades individuais</b>	ao ar livre	ligadas ao mar	<ul style="list-style-type: none"> <li>• tirar ostra</li> <li>• pescar</li> <li>• velejar</li> </ul>		
		ligadas à terra ou à natureza	<ul style="list-style-type: none"> <li>• plantar</li> <li>• acampar</li> <li>• caçar</li> </ul>		
	dentro de casa	artesanato e trabalhos manuais	homens	<ul style="list-style-type: none"> <li>• carpintaria, canoas em miniatura</li> <li>• fazer redes, tarrafas</li> <li>• cestaria</li> <li>• marcenaria</li> </ul>	
			mulheres	<ul style="list-style-type: none"> <li>• renda de bilro</li> <li>• crochê</li> <li>• bordados</li> <li>• tricô</li> <li>• tapeçaria</li> </ul>	
		ligadas às artes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• tocar instrumentos</li> <li>• cantar</li> <li>• pintar quadros</li> <li>• ir ao cinema</li> </ul>		
		intelectuais	<ul style="list-style-type: none"> <li>• leitura</li> <li>• estudar</li> </ul>		
		ligadas ao ócio	<ul style="list-style-type: none"> <li>• fumar cigarro de palha</li> <li>• ter a noite para dormir</li> <li>• ficar na cama</li> <li>• assistir TV</li> </ul>		
		trabalhos domésticos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• reparos domésticos</li> <li>• decoração da casa</li> <li>• cozinhar</li> <li>• tarefas domésticas</li> </ul>		
<b>Atividades sociais ou coletivas</b>	esportes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• jogar futebol</li> <li>• competição de canoas</li> </ul>			
	reuniões sociais	<ul style="list-style-type: none"> <li>• conversar com amigos</li> <li>• participar de grupos de idosos</li> <li>• dançar valsa</li> <li>• viajar em excursão</li> </ul>			
		jogo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• buraco</li> <li>• dominó</li> <li>• bingo</li> </ul>		

FONTE: Pesquisa domiciliar realizada com idosos de Santo Antônio de Lisboa [Florianópolis-SC, 2002].

#### 4.7 O QUE OS IDOSOS ESPERAM DO FUTURO

Quando perguntados sobre suas expectativas quanto ao futuro, os idosos de Santo Antônio de Lisboa revelaram preocupações de ordem material, espiritual, com as gerações futuras e também com a coletividade.

As preocupações espirituais apareceram na forma do desejo de prolongamento da vida (“viver mais”, “viver tranquilo”, “continuar vivendo”), preocupação com a manutenção ou recuperação da saúde ou ainda com a vida após a morte (“espero a salvação da alma”). Alguns afirmaram nada esperar. Entre esses, havia aqueles que denotavam uma certa desesperança (“eu já vivi muito, não espero mais nada, minha filha”), outros afirmavam nada esperar por estarem plenamente satisfeitos com as suas vidas; havendo também aquela que nada esperava para si por haver entregue a sua vida aos cuidados do filho que necessitava de assistência. Houve aqueles que explicitamente afirmaram esperar morrer ou receber a “chamada de Deus”.

Entre os idosos que manifestaram expectativas de ordem material, muitos o expressaram pelo desejo de construir ou reformar a casa, realizar plantios na chácara, melhorar ou manter o padrão de vida atual. Muitos idosos manifestaram preocupações com relação às gerações futuras quando afirmavam desejar “continuar trabalhando e deixar tudo para os filhos”, “ver os filhos bem”, “dar tudo às netas”, “ganhar na telesena para comprar casa para cada uma das filhas e netas”.

Muitos idosos externaram o desejo de viajar, conhecer novos lugares, visitar os filhos que estão distantes. Alguns poucos expressaram expectativas de retornar a fazer aquilo que faziam no passado, antes da doença atual (“quero voltar a pescar”, dito pelo idoso que era portador de doença que lhe tirava a firmeza das pernas, necessária para o equilíbrio na canoa durante a pesca no mar). Tal desejo pode ser encarado positivamente como sinal de força de vontade para superar sua incapacidade atual.

Alguns idosos manifestaram sentimentos altruístas para com a coletividade ao referirem o desejo de “solucionar problemas da comunidade” ou “continuar trabalhando com espiritismo”.



No tocante às questões abertas “o que mais gosta de fazer” e “expectativas quanto ao futuro”, ao agrupar os discursos conforme a auto-avaliação de saúde, observou-se que aqueles que referiram saúde excelente, foram os que referiram mais atividades prazerosas junto a natureza (jardinagem, pesca, caça), trabalhos manuais e viagem e que manifestaram expectativas mais positivas em relação ao futuro, com elevado grau de satisfação em relação às suas vidas.

Os idosos que referiram saúde boa, também expressaram inúmeras atividades de lazer, porém estas na maioria em ambiente doméstico (carpintaria, consertos em casa, tarrafa, assistir TV, cantar) e jogar dominó. A maioria desses idosos expressou preocupações em relação aos filhos, netos, bisnetos, além do desejo de viajar e reformar a casa.

Entre aqueles que referiram saúde regular, as referências às atividades de lazer ou trabalhos manuais eram menos freqüentes, aparecendo mais atividades relacionadas à lida doméstica e participação em jogos de bingo, dominó e grupos, além de atividades solitárias, como a leitura, palavras cruzadas. Neste grupo foram mais referidas as expectativas de melhora da saúde e reformas na casa.

Pacientes que referiram saúde péssima, foram aqueles que expressaram lazer passivo (ficar na cama, assistir TV) como atividades prazerosas e ausência de expectativas quanto ao futuro.

## 5 DISCUSSÃO

Muitas características encontradas neste trabalho vêm ao encontro de estudos epidemiológicos realizados em São Paulo<sup>12</sup>, Fortaleza<sup>13</sup> e Bambuí<sup>14</sup>.

Ramos *et al* iniciaram estudo de coorte, em 1991, de seguimento por dois anos de 1667 idosos com 65 anos ou mais, residentes no distrito de Saúde, São Paulo-SP, compreendendo pesquisa domiciliar utilizando o questionário BOMFAQ (Brazilian OARS Multidimensional Functional Assessment Questionnaire), seguido de exame clínico e exames bioquímicos do sangue. Os resultados preliminares mostraram predominância do sexo feminino (65%, porém sem significância estatística), com grande proporção de viúvas, vivendo em domicílios multigeracionais, com alta prevalência de doenças crônicas, distúrbios psiquiátricos e incapacidades físicas.<sup>12</sup>

Coelho Filho & Ramos, em estudo realizado na cidade de Fortaleza, publicado em 1999, com indivíduos de 60 anos ou mais, num total de 667 idosos entrevistados, também encontraram a maioria dos idosos do sexo feminino (66%) e residindo em domicílio multigeracional; mais da metade (51,9%) vivendo sem cônjuge; 92,4% com pelo menos uma doença.<sup>13</sup>

Costa, Uchoa, Guerra, Firmo, Vidigal & Barreto iniciaram em 1997, estudo prospectivo na cidade de Bambuí (MG), de todos os residentes com 60 anos ou mais, num total de 1606 idosos, com o objetivo de identificar fatores preditivos de eventos adversos à saúde. Em seus resultados preliminares, encontraram idosos com idade média de 68 anos, com predomínio de mulheres (60%), casados (48,9%) ou viúvos (35,4%), a maioria vivendo em domicílios com mais de 2 moradores (73,8%), chefes de família (76,7%), com renda mensal entre 2 e 2,99 salários-mínimos (62%) e com até 4 anos de escolaridade (89,1%). Esse estudo prevê seguimento até o ano de 2003.<sup>14</sup>

As principais diferenças em relação aos estudos acima, estão relacionadas à origem da população idosa e a condição sócio-econômica. Na comunidade de Santo Antônio de Lisboa a maioria dos idosos é de origem nativa ou de áreas circunvizinhas, o que contrasta com a origem rural da maioria dos idosos pesquisados nos estudos acima mencionados. Quase a

metade da população idosa do bairro mora há mais de 50 anos no bairro. com média de 35 anos. Estes idosos são aqueles que nasceram no distrito quando este gozava de razoável prosperidade em função do comércio marítimo do então existente porto de Santo Antônio. A comunidade manteve-se relativamente isolada até a construção da rodovia asfaltada interligando o centro de Florianópolis ao norte da Ilha, fato que ocorreu há poucas décadas.

O nível sócio-econômico dos idosos da comunidade é heterogêneo, pois embora a renda média *per capita* se situe na faixa de 3 a 5 salários-mínimos (correspondente à faixa de US\$ 170 a 285 em cotação vigente em março de 2003), cerca de 50% da população idosa vive com renda de até 3 salários-mínimos e outra parcela (cerca de 30%) com renda acima de 10 salários-mínimos. O resultado obtido em Santo Antônio é semelhante àquele obtido em Bambuí-MG, onde 62% da população tinham renda de até três salários-mínimos<sup>14</sup>, mas é melhor do que os resultados obtidos em área periférica de São Paulo, onde a maioria (56%) tinha renda mensal menor que 50 dólares.<sup>12</sup>

O predomínio de idosas do sexo feminino na comunidade está de acordo com os resultados obtidos em estudos de maior envergadura realizados no Brasil<sup>12, 13, 14, 15</sup> e internacionais<sup>15</sup>. Segundo Veras, Ramos & Kalache, a maior longevidade feminina está relacionada com: (1) menor exposição da mulher às causas de risco de trabalho e outras causas de mortalidade por causas externas, como acidentes em geral, acidentes de trânsito, homicídios, quedas, suicídios, etc; (2) menor consumo de tabaco e álcool, que estão associados a maior mortalidade por causas neoplásicas e cardiovasculares; (3) diferenças na atitude em relação às doenças e incapacidade, o que levaria a maior e mais precoce procura por serviços médicos e na maior capacidade de expressão de seus problemas físicos em relação ao homem; e (4) melhoria da assistência gineco-obstétrica, que seria responsável pela diminuição da mortalidade materna.<sup>15</sup>

O estado de viuvez encontrado apenas no sexo feminino entre os idosos de Santo Antônio de Lisboa também fortalece a associação, já ressaltada por Veras, Ramos & Kalache<sup>15</sup>, entre velhice, mulher e solidão. A mulher está vivendo mais, casa-se normalmente mais cedo do que o homem e após os 60 anos, ao enviuvar ou separar, dificilmente torna a se casar, o que resulta num período maior de solidão, diferentemente do homem idoso que, em nossa sociedade, quando se torna viúvo, dificilmente se mantém só. Ainda segundo Veras, Ramos & Kalache, os idosos têm um status diferente das demais faixas etárias, como todas as

“minorias” da população<sup>15</sup>, e as mulheres idosas apenas refletem a estratificação e a discriminação da sociedade contra o idoso<sup>1</sup>.

O baixo nível de escolaridade da maioria da população idosa de Santo Antônio de Lisboa reflete o padrão educacional vigente na primeira metade do século passado, quando o ensino era elitizado tanto em termos de classe econômica quanto em gênero, sendo mais disponível para os homens do que para as mulheres. Por isso, segundo Veras, as mulheres mais velhas têm agora menos educação e recursos financeiros mais escassos para lidar com as dificuldades da velhice.<sup>1</sup>

As ocupações prévias referidas pela maioria dos idosos de Santo Antônio refletem a condição da própria cidade de Florianópolis, capital administrativa do Estado, havendo grande contingente de funcionários ligados ao serviço público. As atividades citadas como preferidas pela maioria dos idosos, estão fortemente ligadas à origem açoriana da comunidade: pesca e atividades correlatas entre os homens e trabalhos manuais (renda de bilro, bordado *etc.*) entre as mulheres.

Quanto ao perfil de morbidade dos idosos de Santo Antônio de Lisboa, o estudo demonstrou resultados semelhantes àqueles encontrados no estudo realizado em São Paulo em 1993, por Ramos.<sup>12</sup> A maioria (cerca de 80%) dos idosos de Santo Antônio de Lisboa refere ter o diagnóstico de pelo menos uma doença, uma grande parte (48,1%) entre uma e três, todas de caráter crônico-degenerativas. A mais referida foi a hipertensão arterial sistêmica, seguida das doenças osteoarticulares, das cardiopatias, da dislipidemia, da osteoporose e da doença pulmonar obstrutiva crônica. A prevalência de distúrbios do sono é elevada (41%), principalmente no sexo feminino. Déficit cognitivo (memória) e sintomas depressivos foram referidos por cerca de 26% dos idosos entrevistados, principalmente mulheres.

A maioria dos idosos (cerca de 76%) usa pelo menos um medicamento de uso contínuo, sendo os mais utilizados os antihipertensivos e antiagregantes plaquetários. O gasto médio *per capita* com medicamentos foi de R\$ 117,27, (correspondente a 58,6% do salário-mínimo vigente na ocasião ou US\$ 33.50 (em cotação vigente em março de 2003), sendo que aqueles que gastam até R\$ 100,00 por mês são aqueles com renda até 3 salários-mínimos.

A média de procura por serviços de saúde pelas mulheres foi 3,5 vezes ao ano, enquanto pelos homens foi de 2,5 vezes ao ano. Este resultado vem corroborar o que Veras, Ramos & Kalache afirmam ser um dos fatores relacionados ao maior crescimento da expectativa de vida

no sexo feminino, a diferença de atitude das mulheres em relação às doenças e incapacidades.<sup>15</sup> Segundo aqueles autores, as mulheres, em geral, são mais atentas ao aparecimento de sintomas, têm um conhecimento melhor das doenças e utilizam mais os serviços de saúde do que o homem. Por outro lado, o resultado encontrado pode estar refletindo a característica feminina do envelhecimento. Se mulheres estão vivendo mais tempo do que os homens, sozinhas, provavelmente estão apresentando mais doenças degenerativas próprias do envelhecimento, que demandam mais consultas ao médico, e podem estar vivenciando mais sintomas depressivos em consequência das próprias doenças crônicas, que geram perda de autonomia, incapacidades e isolamento social, aumentando ainda mais a demanda por serviços de saúde pela população idosa feminina.

O estudo mostrou que o local mais procurado pelas mulheres foi o Posto de Saúde local e pelos homens, o consultório particular. Este resultado pode estar relacionado com a menor renda apresentada pelos idosos do sexo feminino comparado aos do sexo masculino (vide TABELA 1).

A maioria dos idosos (81,5%) mencionou ter autonomia para atividades da vida diária. Tal número é melhor do que os encontrados na cidade de São Paulo por Ramos *et al.*<sup>12</sup> e em Fortaleza por Coelho Filho & Ramos<sup>13</sup> (34% e 52,3% respectivamente). Este resultado, aparentemente mais favorável encontrado em Santo Antônio, pode estar relacionado à não utilização de instrumento detalhado para avaliação funcional, como o foram nos citados estudos, mas também pode ser devido às características de Santo Antônio de Lisboa, que embora seja um bairro de uma capital de Estado, é uma localidade que ainda hoje preserva traços de um vilarejo, onde quase todos os moradores se conhecem, sabem da vida uns dos outros e possivelmente sentem-se mais seguros, podendo contar com uma rede de solidariedade. Cerca de 20% dos idosos referem perda da capacidade funcional para atividades instrumentais da vida diária, com prevalência de cerca de duas vezes e meio maior no sexo feminino do que no sexo masculino. A perda da capacidade funcional para as AIVD ocorre numa fase mais precoce comparada às AVD. Os problemas demonstrados nessas áreas podem ser indicativos precoces de um distúrbio cognitivo ou de outros problemas de ordem mental.<sup>16</sup> Essa maior prevalência de perda de capacidade funcional para AIVD no sexo feminino também pode ser reflexo da maior longevidade feminina e a maior solidão vivenciada pelas idosas, fatos que predispõem a uma maior incapacidade física e isolamento. Em Santo Antônio de Lisboa, embora o número de idosos vivendo sós não seja muito

diferente quanto ao sexo, o fato da viuvez entre os idosos da comunidade ser exclusiva no sexo feminino, pode significar que maior número de mulheres idosas possa estar vivenciando um estado de solidão pela falta do companheiro, mesmo vivendo em companhia de outras pessoas.

Cerca de um quarto dos idosos referiu comprometimento cognitivo em algum grau (memória) e percentual semelhante (26%) referiu sintomas sugestivos de depressão, percentual que está dentro dos limites de 17% a 30% de prevalência de sintomas depressivos na atenção primária referidos por Gordilho.<sup>17</sup>

A depressão é uma emoção universalmente experimentada por praticamente todos os indivíduos em alguma fase da vida, muitas vezes relatada como tristeza, saudade, angústia, desânimo etc. Trata-se de um distúrbio da área afetiva ou do humor, com forte impacto funcional em qualquer idade e, segundo a literatura, somente uma minoria dos idosos tem seu problema de depressão diagnosticado e satisfatoriamente conduzido por seus médicos. A OMS estima que em 1990, a Depressão Maior foi a principal causa de anos vividos com incapacidade em países desenvolvidos e que, em 2020, esta será também em sua maior causa em países em desenvolvimento.<sup>17</sup>

Vários fatores, segundo Gordilho, têm sido identificados como fatores predisponentes à depressão na fase tardia da vida: a fragilidade na saúde (maior prevalência de doenças como as cerebrovasculares, infarto agudo do miocárdio, osteoartrose, doença pulmonar obstrutiva crônica e demência); mudanças biológicas que ocorrem no sistema nervoso central (diminuição no número de neurônios e alteração dos neurotransmissores) poderiam repercutir na apresentação clínica e na resposta a tratamentos. Frequentemente alterações do ciclo sono/vigília, diminuição na secreção hormonal, menor resposta ao stress e alterações musculoesqueléticas conduzindo à dificuldade motora são também referidas como fatores relacionados à diminuição do humor na população idosa. Situações psicossociais tradicionalmente ligadas ao envelhecimento, como pobreza, viuvez, institucionalização e solidão são relatadas como fatores de risco para o desenvolvimento de sintomas depressivos. Fortes mudanças no seu papel social, destacando-se entre essas a ocasionada pela aposentadoria e também as perdas, especialmente a morte do cônjuge, de filhos ou de amigos próximos, muitas vezes atuam como fatores desencadeantes de sintomas e transtornos depressivos ou de ansiedade.<sup>17</sup>

Em relação à tendência dos idosos em uso de medicamentos apresentarem mais queixas depressivas, embora essa diferença não tenha sido significativa, é de se questionar se o fato do indivíduo ter inúmeras doenças diagnosticadas e ter de tomar vários medicamentos, não equivaleria a um rótulo de “incapacidade” e, sendo assim, causa de depressão?

O estudo sugere uma associação positiva entre distúrbio do sono e sintomas depressivos, fato que tem respaldo na literatura. Segundo Camara & Camara, no envelhecimento, há insatisfação com a qualidade do sono.<sup>18</sup> Miles & Dement, em 1980, mostraram que, aproximadamente, 90% dos idosos apresentaram queixas de problemas de sono.<sup>18</sup> Essas queixas seriam conseqüências dos seguintes fatores: 1) diminuição da capacidade de dormir; 2) aumento dos problemas de respiração durante o sono; 3) aumento da atividade mioelétrica noturna; 4) mudanças de fase do sono, com avanço de 1 hora mais cedo do dia; 5) perturbações neuropsiquiátricas, particularmente depressão e demências; 6) dor e limitação de mobilidade, com o tempo maior no leito resultando em alterações do ritmo sono/vigília; 7) hábitos de sono insatisfatórios e errôneos; 8) refluxos gastroesofágicos (hérnia de hiato etc.); 9) causas iatrogênicas e 10) causas ambientais adversas.

Dentre os distúrbios do sono relacionados ao idoso, Camara & Camara apontam a insônia como uma das queixas mais comuns, principalmente entre as mulheres, alcançando 20% nos mais idosos. A insônia é uma diminuição total ou parcial da quantidade e/ou qualidade do sono. A queixa de problemas de sono deve ser investigada e adequadamente conduzida, pois a insônia afeta o paciente no aspecto psíquico e social, além de apresentar inúmeras alterações biológicas, como alteração na função do sistema imune, com redução da atividade das naturais “killer cells”, risco aumentado (duas vezes) para doenças isquêmicas do coração, tendência a sofrer mais acidentes e nos casos graves, aumenta em três vezes a probabilidade de mortalidade em um período de três anos e meio.<sup>18</sup>

Hábitos relacionados à doença, como o etilismo e tabagismo foram mais prevalentes no sexo masculino, confirmando a maior exposição dos homens aos fatores de risco para doenças cardiovasculares e neoplásicas citados por Veras, Ramos & Kalache.<sup>15</sup>

Muitos idosos de Santo Antônio de Lisboa citaram que realizam exercício físico regular (44%), participam de grupo de convivência (41%), possuem “amigos confidentes” (51,9%) e freqüentam atividades religiosas (63 %). Estas características constituem aspectos positivos desta comunidade. Okuma afirma que fazer parte de um grupo dá ao idoso uma identidade

física e social. Essa identidade faz com que o idoso tenha compromissos com o grupo, viva o sentimento de confiança, sinta-se estimulado a competir, tenha a oportunidade de desenvolver amizades fortes, ser companheiro e dar e receber apoio.<sup>20</sup>

O estudo demonstrou haver associação positiva entre não realizar atividades físicas e ter doenças, o que está de acordo com o que consta na literatura. Estudo realizado por Saltin *et al*, em 1968, já demonstrava que três semanas de repouso contínuo no leito por voluntários saudáveis estava associado com perda muscular, perda óssea, resistência à insulina, redução de 30% no débito cardíaco máximo e volume sistólico, intolerância ortostática, diminuição na função imune e decréscimo na capacidade física.<sup>20</sup> Essas alterações também ocorrem no processo do envelhecimento e a inatividade física tem participação direta. A inatividade física está associada com inúmeras doenças crônico-degenerativas e está na origem de grande parte da mortalidade ocasionada por elas segundo estudo realizado por Hahn, Teutsch, Rothenberg & Marks.<sup>20</sup> Já em 1995, o Centro para o Controle e Prevenção de Doenças dos EUA recomendava a atividade física como uma terapia de primeira linha para a proteção contra muitas doenças crônico-degenerativas por aumentar a captação de glicose e a sensibilidade à insulina, melhorar o perfil lipídico do sangue, baixar a pressão sanguínea, melhorar as condições das paredes dos vasos e prevenir a obesidade.<sup>20</sup> O *World Health Report 1998* relata os benefícios da atividade física e da reabilitação cardiovascular no idoso.<sup>20</sup>

Chakravarthy *et al* afirmam que programas de atividade física para idosos representam uma estratégia-chave para limitar o impacto do envelhecimento na sociedade, reduzir a mortalidade e o custos da saúde. Assinalam que, o tempo para iniciar a atividade física não é idade-dependente e que não é necessária intensidade elevada na atividade física para baixar o risco das doenças crônico-degenerativas. Indivíduos que se tornam ativos numa fase mais tardia da vida com um programa de caminhada de intensidade moderada, embora apresentem apenas pequenos ganhos em condicionamento físico, reduzem, mesmo assim, segundo Dunn *et al* e Tuomilchto *et al*, o risco para doenças crônico-degenerativas.<sup>20</sup>

O estudo sugere haver associação entre atividade física e sintomas depressivos, distúrbios do sono, uso de medicamentos e doenças osteoarticulares, o que vem corroborar o reconhecimento atual do papel preventivo da atividade física e suas implicações na qualidade de vida das pessoas.<sup>21</sup> O *American College of Sports Medicine*, já em 1998, afirmava que a participação em atividade física regular propicia respostas favoráveis que contribuem para um envelhecimento saudável. Sua prática regular constitui uma modalidade de intervenção para



reduzir/prevenir numerosos declínios funcionais associados à idade, segundo Vitta, tendendo a produzir um impacto sócio-econômico, pois seus efeitos sobre a qualidade de vida global, o humor e a saúde percebida geram um grau de independência dos idosos e reduzem a demanda de serviços médicos.<sup>21</sup> Com efeito, trabalho realizado por acadêmicos da Liga de Geriatria e Gerontologia da UFSC junto a 102 idosos participantes do Programa de Atividade Física para a Terceira Idade do Centro de Desportos da UFSC, em 2001, demonstrou um impacto positivo sobre o bem-estar físico e emocional, sexualidade, sono e diminuição das algias dos participantes. Dos idosos pesquisados, 75% apontaram melhora do estado emocional e 41% relataram melhora na qualidade do sono, não tendo sido evidenciada associação entre atividade física e uso de medicamentos.<sup>22</sup>

A pesquisa mostrou maior participação das mulheres em grupos de convivência, o que confirma o perfil feminino atribuído a esses grupos. Os grupos de convivência, constituídos, na maioria, por mulheres, se caracterizam pelo componente cultural e de redefinição de formas de sociabilidade, segundo Debert, e podem ser pensados, segundo Rocha, como o embrião de um novo sujeito coletivo; um *locus* constituidor de sujeitos, visando combater a exclusão, e onde a subjetividade se afirma pelo princípio do prazer, da pertinência, de estar entre iguais.<sup>23</sup> Nas palavras de Arendt, “é a presença de outros que vêem o que vimos e ouvem o que ouvimos, que nos garante a realidade do mundo e de nós mesmos”.<sup>23</sup>

A referência a sintomas depressivos foi maior entre os idosos que participam de grupos do que aqueles que não participam, embora sem significância estatística. Este resultado, aparentemente, vem contra a expectativa de que grupos de convivência seriam uma boa forma dos idosos interagirem socialmente e terem momentos de convívio prazerosos, diminuindo, assim, queixas depressivas. É possível se pensar que este resultado seja porque a participação no grupo de convivência seja quase exclusivamente de mulheres, muitas delas solitárias e já com distúrbios depressivos. Seria necessário um estudo mais aprofundado para uma conclusão a respeito do assunto.

Embora não tenha sido encontrado na literatura, estudo demonstrando associação entre vínculos sociais e não ter doença, falar sobre relações sociais é falar sobre a vida humana.<sup>24</sup> Apesar da esperada associação entre vínculos sociais mais estreitos e não ter doença, não foi evidenciada no estudo este tipo de associação.

A religiosidade é característica comum dos idosos de Santo Antônio de Lisboa, com tendência a ser mais prevalente nas mulheres do que nos homens. Este é um aspecto relevante

nos estudos do envelhecimento, pois embora se trate de uma área controversa e difícil de ser submetida à investigação empírica, há evidências de que a espiritualidade, assim como as práticas religiosas, contribuem para o bem-estar na velhice.<sup>25</sup> Religião vem do latim *religare*, que significa religar, restabelecer a ligação com Deus e os homens. Portanto, religiosidade refere-se a comportamentos e crenças associados à religião. Sua relevância vem sendo destacada no campo da psicologia por se constituir num recurso de enfrentamento que pode oferecer respostas às exigências da velhice, porque facilita a aceitação das perdas ligadas ao processo de envelhecimento, bem como oferece ferramentas psicológicas para o enfrentamento de situações estressantes, sem desequilibrar o indivíduo, ou seja, pode oferecer recursos para a compreensão e aceitação das dificuldades da vida. A religião pode fornecer um sentido, um significado à vida, que transcende o sofrimento, a perda e a percepção de mortalidade. A religião, mais do que qualquer outra atividade humana, satisfaz a necessidade de sentido da vida. E segundo Frankl, não há nada mais importante no mundo do que a convicção de que a vida tem sentido, e é isso que ajuda a pessoa a sobreviver às piores condições.<sup>25</sup>

Já espiritualidade vem do latim, *spiritus*, que significa “sopro”, referindo-se ao sopro da vida. Envolve a capacidade de se maravilhar, de reverência e gratidão pela vida. É, segundo Elkins, a habilidade de ver o sagrado nos fatos comuns, de sentir a pujança da vida, de ter consciência de uma dimensão transcendente, que leva em consideração o próprio ser, os outros, a natureza e a vida.<sup>25</sup> A espiritualidade transcende ideologias, rituais, dogmas e instituições; ela funciona como um recurso interno do indivíduo, que pode ser acionado pelo contato com a natureza, com as artes, com a experiência de doação de si ou com o engajamento em causas que visam ao bem coletivo. Além disso, a espiritualidade tem sido vista como a base emocional ou motivacional para a busca por significado.

Desde 1910, quando Osler publicou o seu artigo “A fé que cura”, diversos artigos em publicações médicas vem evidenciando associações positivas entre variável religiosa e indicadores de saúde. Os seguintes mecanismos através dos quais as práticas religiosas e espirituais promovem a saúde ou evitam doenças, têm sido investigados: (1) promoção de comportamentos e estilos de vida relacionados à saúde (proibição ou desencorajamento do uso de álcool e fumo, p.ex.); (2) provimento de suporte social e (3) satisfação da necessidade fundamental de percepção de que a vida significa alguma coisa.

Significado existencial, religiosidade e espiritualidade já eram apontados por Fry, em 2001, como fatores mais potentes como indicadores de bem-estar psicológico de adultos idosos após viuvez, do que fatores demográficos, físicos e de suporte social.<sup>25</sup>

A auto-avaliação de saúde positiva foi referida pela maioria (62,3%) dos idosos de Santo Antônio de Lisboa, semelhante ao resultado encontrado por Ramos *et al* em São Paulo (69,5%).<sup>12</sup> O estudo demonstrou que a auto-avaliação é pior naqueles que referiram sintomas depressivos e naqueles que possuíam maior número de doenças. O bem-estar, considerado em termos de emoção positiva ou felicidade, tem sido identificado como uma marca de funcionamento positivo.<sup>26</sup>

Das atividades preferidas dos idosos de Santo Antônio de Lisboa, aquelas realizadas individualmente estão fortemente ligadas à origem açoriana da comunidade, quais sejam, as atividades ligadas ao mar (tirar ostra, a pesca, a confecção de redes, tarrafas, miniaturas de canoas), à natureza (plantar) e aos trabalhos manuais (nos homens, a confecção de redes, tarrafas, cestaria, miniaturas de canoas; nas mulheres: renda de bilro, crochê, bordados, tricô, tapeçaria, vagonite) e outras atividades ligadas às artes, ao lar, ao ócio e intelectuais. As atividades coletivas são bastante apreciadas pelos idosos, na forma de reuniões sociais (para conversar com amigos, participar de grupos, dançar valsa e viajar em excursão) e jogos (de buraco, dominó, bingo).

Observou-se associação entre atividades prazerosas, expectativas quanto ao futuro e auto-avaliação de saúde. Aqueles idosos que referiram como atividades de preferência, lazer ou *hobby* junto à natureza, eram aqueles que tinham expectativas mais positivas em relação ao futuro, com manifestada satisfação em relação às suas vidas e auto-avaliação de saúde excelente. Observou-se no estudo que, na medida que as referências de atividades prazerosas eram menos “diferenciadas”, como tarefas domésticas, palavras cruzadas, participar de grupos, jogar dominó, as expectativas quanto ao futuro eram mais centradas na saúde e na reforma da casa, além do desejo de viajar. No outro extremo, aqueles que referiram atividades de completa passividade, não tinham expectativa alguma quanto ao futuro, tinham inúmeras comorbidades e a auto-avaliação de saúde foi péssima. É de se pensar que, provavelmente, esses idosos não podiam referir outras “atividades” senão as passivas, em consequência da incapacidade secundária às morbidades de que eram acometidos, o que também lhes daria a auto-percepção negativa da saúde.

## 5.1 A VELHICE REPENSADA

A velhice está sendo repensada e, segundo Debert, reinventada.<sup>19</sup> Já desde a Antiguidade (século II a.C), Cícero afirmava que a velhice não é feita apenas de declínio e perdas, mas abriga muitas oportunidades de mudança positiva e de um funcionamento produtivo. Há uma tendência contemporânea de rever os estereótipos negativos associados ao envelhecimento, segundo Debert, substituindo a idéia de que o envelhecimento é um processo de perdas pela idéia de que este é um estágio mais avançado da vida, que pode propiciar novas conquistas, guiadas pela busca do prazer, da satisfação pessoal e do crescimento.<sup>21</sup>

Na atualidade, o envelhecer bem tem se tornado um importante ideal individual e social, havendo crescente interesse no processo do envelhecer em plenitude, com o bem-estar e a integridade psicológica e física preservados.<sup>24</sup> Inúmeros autores nacionais têm contribuído para o entendimento do que seja velhice saudável ou bem sucedida e os seus fatores determinantes.

Freire define velhice bem-sucedida como a possibilidade de realização do potencial do indivíduo para alcançar o bem-estar físico, psicológico e social considerado ideal por ele mesmo e pelo seu grupo de idade; à manutenção da funcionalidade e ao aperfeiçoamento em diversos domínios, como capacidade física e de relacionamento; à utilização de estratégias cognitivas e recursos tecnológicos para a compensação dos declínios que acompanham o processo de envelhecimento.<sup>26</sup>

O envelhecimento satisfatório envolve a capacidade do indivíduo para responder com flexibilidade aos desafios resultantes das mudanças que acontecem em seu corpo, em sua mente e no ambiente, como resultado do processo de envelhecimento. Essa capacidade é vista como competência adaptativa e tem três diferentes dimensões: a) emocional (estratégias e habilidades para lidar com os fatores estressores); b) cognitiva (capacidade para resolução de problemas); c) comportamental (desempenho e competência social).<sup>27</sup>

Segundo Borges, a perda da autonomia marca os velhos como um estigma, condenando-os ao isolamento, à desvalorização e à improdutividade.<sup>28</sup> Por isso, a autonomia – capacidade de decidir – e a independência – capacidade de realizar algo pelos próprios meios, são valores a serem alcançados, pois além de serem indicadores de saúde, identificam idosos

considerados bem-sucedidos. Nas palavras de Borges, encorajar a independência e a competência, mas também investir em adaptações ambientais que dêem oportunidade para o comportamento e tornem o contexto mais estimulador são ações fundamentais para tornar o idoso mais ativo, participativo, competente e satisfeito. Ou seja, o que se almeja é a inserção social do idoso, o que requer a mudança da postura paternalista e assistencialista para outra com enfoque na cidadania. Cidadania esta, cujo conceito foi inserido na Constituição Federal de 1988, ao considerar a assistência social, a previdência social e a assistência à saúde como direitos de todo o cidadão e, a partir dela, reafirmadas pela Lei Orgânica da Assistência Social (Lei 8742/93) e pela Política Nacional do Idoso (Lei 8842/94).

O exercício da cidadania envolve participação. Esta confere legitimidade moral e é um direito do ser humano. A participação cria oportunidades, segundo McGregor, para que as pessoas possam influir na tomada de decisões que as afetam<sup>28</sup>, sendo considerada pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento como um elemento essencial para o desenvolvimento social, econômico e cultural e constituindo um dos três pilares da política estrutural recomendada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para o envelhecimento ativo, ao lado da saúde e da segurança.<sup>29</sup>

Borges defende a idéia que a gestão participativa aplicada a diferentes empreendimentos que envolvem idosos, como, por exemplo, grupos de convivência, promoção de saúde ou de defesa dos próprios direitos, é importante veículo para o desenvolvimento da cidadania.

Estudo realizado por Herzog *et al.*, em 1998, mostra uma relação positiva entre a frequência de realização de atividades produtivas e de lazer e o nível de bem-estar.<sup>26</sup> Segundo Freire, potencialmente, tanto as atividades produtivas quanto as de lazer servem para a expressão criadora, expansão e manutenção de certas dimensões do *self*<sup>(\*)</sup>, como senso de competência, o senso de agência e o *self* social. Esse dado é importante porque fundamenta os esforços dos idosos para permanecerem ativos. Ser um idoso ativo – seja através do trabalho, seja do lazer – facilita tanto a expansão ou melhora do *self* quanto a ocorrência do bem-estar.<sup>26</sup>

A importância da construção/reconstrução da identidade social da pessoa idosa a partir da ação do discurso é enfatizada por Scharfstein.<sup>30</sup> A autora afirma que é necessário assegurar

---

(\*) *Self* = Trata-se de conceito abrangente dentro da Psicologia. É apontada como a consciência interna ou reflexão sobre si mesmo e é considerada a parte central da personalidade.<sup>26</sup>

aos idosos um lugar social, ou seja, um espaço de fala, dentro do grupo familiar ou de outros grupos sociais para que no momento da velhice social, a pessoa idosa exerça sua função, que segundo Bosi, é a de lembrar, tornando-se memória viva da família, do grupo, da instituição e da sociedade.<sup>30</sup> E quando esse este lugar de agente social e transmissor de valores ancestrais e da memória coletiva não é exercido, a velhice deixa de ser somente uma categoria social, segundo Scharfstein, e passa a ser também uma categoria psicopatológica, levando o velho a organizações psíquicas patológicas que se manifestam através da depressão, da paranóia e da mania.<sup>30</sup> Essas manifestações psicopatológicas decorreriam, segundo Birman, da impossibilidade do velho viver o presente e o futuro no contexto social em que está inserido, tornando-se a morte o único destino possível e concreto.<sup>26</sup>

Scharfstein acredita que o isolamento e a marginalização sofridos pelos velhos em nossa sociedade poderão ser mitigados através de práticas discursivas situadas no âmbito do grupo familiar e/ou de outros grupos sociais (grupos de convivência, bibliotecas, universidades abertas para a terceira idade, grupos de contadores de história etc., espaços que incentivem o idoso a falar e a pensar).<sup>30</sup>

A participação dos idosos em programas de educação física é apontada por Okuma, como uma estratégia para o envelhecer bem, visto que viabiliza o indivíduo a aprender a praticá-la corretamente e porque se constitui numa possibilidade de educação ao longo do ciclo vital.<sup>21</sup> Aprender sobre o próprio corpo, ter consciência dele, perceber e reconhecer suas limitações e potencialidade através da atividade física possibilita ao idoso, segundo Merleau-Ponty, um pouco mais de conhecimento de si mesmo, pois o corpo é a dimensão concreta de sua existência.<sup>21</sup>

As sociedades antigas já afirmavam que o idoso, como um indivíduo integrado ao meio, dono de uma experiência única e objeto de admiração dos mais jovens, ajusta-se à vida moderna e, assim, beneficia sua sociedade e colhe benefícios para si próprio. A integração do idoso dependeria, segundo Pacheco e Silva, basicamente, de programas adequados às suas necessidades físicas, sociais e psicológicas.<sup>19</sup>

## 5.2 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Manifesto aqui minha satisfação por ter iniciado e realizado este estudo. Foi gratificante ter interagido com os idosos da minha comunidade, compartilhado um pouco de suas histórias, conhecido um pouco de suas necessidades e anseios. Espero estar contribuindo de alguma forma para elevar as condições de saúde dessa população.

Naturalmente, por ser o meu primeiro trabalho científico, algumas limitações se tornaram aparentes no decurso da elaboração do trabalho. Inicialmente, pelo fato de ter decidido utilizar os métodos quantitativos e qualitativos, percebi que o fato de não ter gravado as entrevistas, limitou a possibilidade de descrever os discursos dos entrevistados, prejudicando um pouco a abordagem qualitativa, entretanto, as palavras do poema abaixo – que encontrei ao folhear a tese de doutorado da minha co-orientadora e que peço licença para reproduzir – refletem os meus passos:

*Caminante, son tus huellas  
el camino, y nada más;  
caminante no hay camino  
se hace camino al andar.<sup>31</sup>*

Outros aspectos que limitaram uma análise mais completa dos idosos estão relacionados à não aplicação de um questionário mais abrangente, para avaliação da autonomia, estado mental e aspectos cognitivos. A questão da atividade física, pela importância evidenciada em inúmeros estudos para um envelhecimento ativo e saudável, poderia, quiçá, ser retomada para um melhor detalhamento. Questionamento acerca das ocupações realmente exercidas pelos idosos que referiram ter sido funcionários públicos, por certo, teriam melhor definido o perfil demográfico dos idosos da comunidade. Abordagem sobre uso de plantas e terapias alternativas poderia ter enriquecido e ampliado o conhecimento acerca da educação popular em saúde.

Durante a realização da pesquisa domiciliar, em contato com os idosos, pude constatar que na comunidade há uma carência de espaços abertos aos idosos. Os únicos espaços possíveis a eles parecem ser a Igreja e seus anexos e o clube local onde funciona o grupo de convivência (uma única vez por semana). Não há outros espaços verdes públicos para a realização de ginástica ou caminhada, senão uma única praça, onde metade da área destina-se

ao parque infantil. As ruas, na sua maioria, não têm calçadas para pedestres, para que todos e, principalmente os idosos, possam caminhar com segurança. Naturalmente, os idosos com melhores condições econômicas, com boa rede de suporte formada por filhos, genros, noras e netos, terão acesso a outros locais fora da comunidade, mas aqueles cuja limitação financeira ou social não permitir, parecem não ter alternativas senão permanecer nos limites de suas casas.

Considerando o estudo e as observações acima, deixo como sugestões algumas iniciativas locais que poderiam contribuir para promover a qualidade de vida dos idosos da comunidade:

- fortalecer o grupo de convivência existente ou incentivar a criação de outros grupos de terceira idade;
- conscientizar os idosos para que lutem por seus direitos como cidadãos;
- mobilizar a comunidade para requerer junto às autoridades municipais, a construção de calçadas para pedestres ao longo das vias públicas da localidade, ou alguma alternativa que possibilite que os idosos possam caminhar com segurança;
- mobilizar a comunidade para requerer junto às autoridades municipais, a possibilidade de criação de área verde pública, livre de comércio, dedicada ao descanso e lazer, onde os idosos possam realizar atividade física orientada, caminhar, reunir-se etc.;
- mobilizar e requerer a viabilidade de construção de uma área coberta para abrigar um espaço cultural incluindo os idosos, com a valorização de sua produção artística e/ou artesanal e também onde possam desenvolver seus potenciais artísticos, na música, na dança, nas artes, onde possam frequentar cursos de educação para a terceira idade, realizar leitura, onde possam ensinar os conhecimentos que possuem através da realização de cursos de artesanato etc.;
- viabilizar oportunidades e espaços onde os mais velhos possam interagir com outras gerações, onde possam transmitir seus conhecimentos, por exemplo, como contadores de história, ensinar trabalhos manuais;
- incentivar o empreendedorismo, formando cooperativas para a produção de redes, tarrafas, trabalhos manuais (renda de bilro, crochê, tapeçaria etc.), cestas, ou outros empreendimentos como salão de chá ou café colonial.



As possibilidades retro descritas constituem ações de promoção à saúde dos idosos que podem ser viabilizadas dentro da comunidade, com o apoio das autoridades e órgãos como a universidade, a prefeitura *etc.* e se situam dentro da perspectiva do empoderamento (*empowerment*) – ações que reforçam a capacidade dos indivíduos e das comunidades – enfocada pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS) como um dos determinantes gerais das condições de saúde das pessoas.<sup>6</sup>

*(...) Al andar se hace camino,  
y al volver la vista atrás  
se ve la senda que nunca  
se ha de volver a pisar.  
Caminante, no hay camino,  
sino estelas en la mar.<sup>32</sup>*

## 6 CONCLUSÕES

1. As principais características sócio-demográficas da população idosa de Santo António de Lisboa são: idade média de 70,5 anos, a maioria casada, nativa da própria comunidade ou áreas vizinhas, com nível de instrução entre 1 a 4 anos, com discreto predomínio do sexo feminino, a maioria aposentada do serviço público, com renda média mensal entre 3 e 5 salários-mínimos.
2. Quanto à morbidade, quase a metade dos idosos referiu ter 1 a 3 doenças, a maioria de carácter crónico-degenerativo, sendo a comorbidade maior nas faixas etárias mais avançadas; a maioria faz uso de pelo menos um medicamento, sendo os mais utilizados os diuréticos e antiagregantes plaquetários. Mulheres buscam mais assistência médica do que os homens, sendo o posto de saúde o local mais procurado por elas. A perda da capacidade funcional tende a ser mais referida pelas mulheres do que pelos homens, assim como os sintomas depressivos e distúrbios do sono.
3. A maioria dos idosos participa de práticas religiosas. Relações de amizade mais próximas foram referidas por metade dos idosos e a prática de exercício físico regular por quase a metade. Participação em grupos de convivência foi mais referida por mulheres.
4. A maioria dos idosos referiu saúde boa ou excelente. A auto-avaliação de saúde foi pior naqueles com sintomas depressivos e naqueles com maior número de comorbidades.
5. Mulheres idosas referiram como atividades mais prazerosas a participação em grupos de convivência, os passeios e os trabalhos manuais (renda de bilro, crochê, costura e bordado), enquanto os homens referiram o artesanato (confecção de tarrafas e redes, cestaria, trabalhos em madeira), a pesca, o plantio e reuniões com amigos. Atividades mais diversificadas são relatadas por aqueles com expectativas mais positivas quanto ao futuro, com auto-avaliação de saúde excelente e elevado grau de satisfação com a vida.
6. Inexistem espaços de convivência para os idosos na comunidade, exceto a Igreja e o local onde funciona o grupo de idosos uma única vez na semana. As ruas são inadequadas, pois nas maiorias inexistem calçadas para pedestres.

## 7 REFERÊNCIAS

- 1 Veras RP. País jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil. Rio de Janeiro: Relume Dumará, UERJ; 1994.
- 2 Veras RP. Terceira idade: gestão contemporânea em saúde. Rio de Janeiro: Relume Dumará, UnATI/UERJ; 2002.
- 3 Uchoa E, Firmo JOA, Lima-Costa MFF. Envelhecimento e saúde: experiência e construção cultural. In: Minayo M C S e Coimbra Jr C E A (org). Antropologia, Saúde e Envelhecimento. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002.
- 4 WORLD HEALTH ORGANIZATION. Population ageing: a public health challenge. Fact sheet 135. Revised Sept.1998. [capturado 2003 Fev 1] Disponível em: <http://www.who.int/inf-fs/em/fact135.html>
- 5 Py L. Testemunhas vivas da história. Rio de Janeiro: Nau; 1999.
- 6 ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Desafios para la educación em salud público: la reforma sectorial y las funciones esenciales de salud pública. Washington: OPS; 2000.
- 7 Paschoal SMP. Qualidade de vida na velhice. In: Freitas EV, Py L, Néri AL, Cançado FAX, Gorzoni ML & Rocha SM. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Koogan; 2002.
- 8 Baeta AMC. Transição demográfica e novas demandas em saúde: o atendimento à terceira idade. Rio de Janeiro: Rev Administração Pública, 25(2):173-78, abr/jun 1991.
- 9 Kalache A, Veras RP & Ramos LR. O envelhecimento da população mundial: um desafio novo. São Paulo: Rev. Saúde Pública, v.21(3), p.200-10, 1987.
- 10 Soares I. Santo Antônio de Lisboa: vida e memória. Florianópolis: Fundação Franklin Cascaes; 1990.
- 11 Várzea V. Santa Catarina: a ilha. 2ed. Florianópolis: Lunardelli; 1984.

- 12 Ramos LR, Rosa TEC, Oliveira ZM, Medina MCG & Santos FRG. Perfil do idoso em área metropolitana na Região Sudeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. São Paulo: Rev. Saúde Pública, v.27(2), p.87-94, 1993.
- 13 Coelho Filho JM & Ramos LR. Epidemiologia do envelhecimento no Nordeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. São Paulo: Rev. Saúde Pública, v.33(5), p.445-53, 1999.
- 14 Costa MFFL, Uchoa E, Firmo JOA, Vidigal PG & Barreto SM. Estudo de Bambuí sobre saúde e envelhecimento: metodologia e resultados preliminares de coorte de estudo de idosos no Brasil. São Paulo: Rev. Saúde Pública, v. 34(2), p.126-35, 2000.
- 15 Veras RP, Ramos LR & Kalache A, 1987. Crescimento da população idosa no Brasil: transformações e conseqüências na sociedade. São Paulo: Rev. Saúde Pública, 21 (3): 225-33, 1987.
- 16 Gallo JJ, Busby-Whitehead J, Rabins PV, Silliman RA & Murphy JB (ed). Assistência ao idoso: aspectos clínicos do envelhecimento. Rio: Koogan; 2001.
- 17 Gordilho A. Depressão, Ansiedade, Outros Distúrbios Afetivos e Suicídio. In: Freitas EV, Py L, Néri AL, Cançado FAX, Gorzoni ML e Rocha SM. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio: Koogan; 2002.
- 18 Camara VD & Camara WS. Distúrbios do sono no idoso. In: Freitas EV, Py L, Néri AL, Cançado FAX, Gorzoni ML & Rocha SM. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio: Koogan; 2002. p.189-95.
- 19 Freitas EV, Ghorayeb N, Pereira JBM & Ghorayeb C. Atividade física no idoso. In: Freitas EV, Py L, Nery AL, Cançado FAX, Gorzoni ML & Rocha SM. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio: Koogan; 2002. p.857-65.
- 20 Chakravarthy V, Joyner MJ & Booth FW. An obligation for primary care physicians to prescribe physical activity to sedentary patients to reduce the risk of chronic health conditions. Mayo Clin Proc. 2002,77:165-73.
- 21 Okuma SS. Cuidados com o corpo: um modelo pedagógico de educação física para idosos. In: Freitas EV, Py L, Néri AL, Cançado FAX, Gorzoni ML & Rocha SM. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio: Koogan; 2002. p.1093-100.

- 22 Kaway M, Striebel A, Bertaso AG, Colin C, Cavagnollo MT *et al.* Repercussões da atividade física na qualidade de vida do idoso. [poster]. Temas livres do VI Congresso Brasileiro de Clínica Médica; 3-6 out 2001; Curitiba, Paraná, Brasil.
- 23 Rocha SM, Gomes MGC & Lima Filho JB. O protagonismo social da pessoa idosa: emancipação e subjetividade no envelhecimento. In: Freitas EV, Py L, Néri AL, Cañado FAX, Gorzoni ML & Rocha SM. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio: Koogan; 2002. p. 1030-6.
- 24 Erbolato RMPL. Relações sociais na velhice. In: Freitas EV, Py L, Néri AL, Cañado FAX, Gorzoni ML & Rocha SM. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio: Koogan; 2002. p.957-64.
- 25 Goldstein LL & Sommerhalder C. Religiosidade, espiritualidade e significado existencial na vida adulta e velhice. In: Freitas EV, Py L, Néri AL, Cañado FAX, Gorzoni ML & Rocha SM. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Koogan; 2002. p.950-6.
- 26 Freire AS. A personalidade e o self na velhice: continuidade e mudança. In: Freitas EV, Py L, Néri AL, Cañado FAX, Gorzoni ML & Rocha SM. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio: Koogan; 2002. p.929-35.
- 27 Freire AS. Bem-estar subjetivo e metas de vida: um estudo transversal com homens e mulheres pertencentes a três faixas de idade. Tese de Doutorado. Campinas, SP: UNICAMP; 2001.
- 28 Borges CMM. Gestão participativa em organizações de idosos: instrumento para a promoção da cidadania. In: Freitas EV, Py L, Néri AL, Cañado FAX, Gorzoni ML & Rocha SM. Rio: Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio: Koogan; 2002. p.1037-41.
- 29 WORLD HEALTH ORGANIZATION. Active Ageing: a policy framework. [capturado em 06.03.03] Disponível em: <http://www.euro.who.int/eprise/main/WHO/Progs/HEA/Home>
- 30 Scharfstein EA. A identidade na velhice mediada pela ação do discurso. In: Freitas EV, Py L, Néri AL, Cañado FAX, Gorzoni ML & Rocha SM. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio: Koogan; 2002. p.936-42.

- 31 Machado A. *apud* Bohoslavsky (1987) *apud* Grosseman S. Satisfação com o trabalho: do desejo à realidade de ser médico. [tese de doutorado] Florianópolis: UFSC;.2001. p.1.
- 32 Machado A. Poesia. Madrid: Alianza Editorial; 1994. p.96.

## **NORMAS ADOTADAS**

Este trabalho foi elaborado de acordo com a Normatização para os Trabalhos de Conclusão do Curso de Graduação em Medicina constantes na Resolução nº. 001/2001 do Colegiado do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina, de 05.07.01, obedecendo às recomendações da Convenção de Vancouver para elaboração de trabalhos científicos da área médica, publicada no J Pediatr 1997; 73:213-24.

**APÊNDICE**



**Trabalho de Conclusão de Curso de Medicina – Masumi Kaway**  
**Protocolo de Pesquisa - A Saúde do Idoso da Comunidade de Santo Antônio de Lisboa**

01. Ordem \_\_\_\_\_
02. Nome \_\_\_\_\_
03. Idade \_\_\_\_\_
04. Estado Civil \_\_\_\_\_ (S-solteiro; C-casado; V-viúvo, D-desquitado/divorciado/separado)
05. Escolaridade \_\_\_\_\_ (em anos estudados)
06. Está ativo? sim não
07. Há quanto tempo está inativo? \_\_\_\_\_(em anos)
08. Ocupação prévia \_\_\_\_\_
09. Cidade onde nasceu \_\_\_\_\_
10. Há quanto tempo mora na cidade? \_\_\_\_\_(em anos)
11. Há quanto tempo mora no bairro? \_\_\_\_\_ (em anos)
12. Mora em casa própria alugada?
13. Se é alugada, quem paga o aluguel? próprio filho filha genro
14. Número de pessoas que moram na casa \_\_\_\_\_
15. Tem renda própria? Sim Não
16. Quanto? 1SM mais de 1 até 3 SM mais de 3 até 5 SM acima 5SM
17. É o chefe da família? Sim Não
18. Número de dependentes \_\_\_\_\_
19. É responsável pelos cuidados de alguém o dia inteiro ou parte do dia?  
Sim Não  
 Em caso positivo, quem? \_\_\_\_\_
20. Número de doenças diagnosticadas que possui \_\_\_\_\_
21. Quais? Hipertensão Arterial Sistêmica Câncer  
Diabetes Mellitus Constipação  
Angina /Cardiopatia Incontinência Urinária  
Osteoartrose/Artrite Úlcera/Gastrite  
Osteoporose Fraturas  
Bronquite/Asma/Enfisema Outra \_\_\_\_\_
22. Após o diagnóstico, o que mudou em sua vida?  
teve que iniciar dieta  
teve que iniciar exercícios  
teve que iniciar uso de medicamentos de uso contínuo  
parou de fumar  
parou de beber  
\_\_\_\_\_
23. Faz o tratamento medicamentoso recomendado?  
Sim Não.
24. Em caso negativo, por quê?  
não é medicamento fornecido no Posto de Saúde e não tem dinheiro para comprá-lo

- é medicamento fornecido no Posto de Saúde, mas está em falta  
 é medicamento fornecido no Posto de Saúde, mas não tem condições de ir buscá-lo  
 esquece de tomar  
 não toma devido aos efeitos colaterais desagradáveis do medicamento  
 outro motivo \_\_\_\_\_

25. Número de medicamentos que usa diariamente \_\_\_\_\_
26. Quanto gasta com medicamentos mensalmente? \_\_\_\_\_
27. Com que frequência vai ao médico? \_\_\_\_\_ (vezes por ano)
28. Onde procura atendimento médico? \_\_\_\_\_  
 Posto de Saúde     Emergência de Hospital     -Ambulatório de Hospital     Consultório particular
29. Foi internado(a) nos últimos 12 meses?  Sim     Não
30. Motivo da internação \_\_\_\_\_
31. Realizou alguma cirurgia nos últimos 12 meses?  Sim     Não
32. Tipo de cirurgia \_\_\_\_\_
33. Sofreu alguma queda ou fraturou algum osso nos últimos 12 meses?  Sim     Não
34. Precisa de ajuda para vestir-se, lavar-se, sentar-se, levantar-se, caminhar?  
 Sim     Não
35. Tem alguém que o(a) ajuda em casa?  Sim     Não
36. Faz compras, paga contas ou dirige?  Sim     Não
37. Tem dificuldade para lembrar onde deixou objetos ou reconhecer pessoas?  
 Sim     Não
38. Tem problemas para dormir ou acordar?  Sim     Não
39. Qual?  difícil pegar no sono;  acorda muitas vezes;  desperta muito cedo
40. Sente-se triste sem motivo ou deprimido a maior parte do tempo?  Sim     Não
41. Que eventos aconteceram nos últimos 12 meses?  
 falecimento de cônjuge  
 falecimento de filho  
 falecimento de pai ou mãe  
 doença grave própria ou de familiares  
 mudança de residência  
 outro \_\_\_\_\_
42. Perdeu peso recentemente? (>5% do PC no último mês ou >10% nos últimos 6 m)  
 Sim     Não
43. Sente fraqueza, cansaço para caminhar ou realizar alguma atividade normal do dia?  
 Sim     Não
44. Tem apetite?  Sim     Não
45. Tem tido gripes, resfriados, PN, infecções de pele repetidamente nos últimos 12 meses?  Sim     Não
46. Tem dificuldade para enxergar?  Sim     Não
47. Tem dificuldade para ouvir o que os outros falam?  Sim     Não
48. Tem dificuldade para falar?  Sim     Não

49. Quantas vezes por semana come frutas? \_\_\_\_\_
50. Quantas vezes por semana come verduras frescas? \_\_\_\_\_
51. Quantas vezes por semana come carne? \_\_\_\_\_
52. Que tipo de bebida alcoólica gosta de beber?  
 fermentados (cerveja, vinho)     destilados (pinga, whiskey, conhaque)     não bebe
53. Quantas vezes por semana toma bebida alcoólica? \_\_\_\_\_
54. Quanto bebe por dia?  1 dose     2 doses     1 garrafa
55. Fuma?  Sim     Não     Fumava e parou
56. Tem atividade sexual?  Sim     Não
57. Caminha ou faz alguma atividade física regular?  Sim     Não
58. Freqüenta algum grupo de idosos ou grupo semelhante?  Sim     Não
59. Freqüenta missa ou participa de alguma atividade religiosa?  Sim     Não
60. Possui algum amigo ou confidente?  Sim     Não
61. O que gosta de fazer ou lhe dá prazer?

---

---

62. Como sente que está sua saúde atualmente?  
 péssima     mal     regular     boa     ótima
63. O que espera do futuro?

---

---

---

## INFORMAÇÃO E CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO PARA PESQUISA

- Meu nome é MASUMI KAWAY, estudante da 11<sup>a</sup>. fase do curso de Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina, e estou desenvolvendo a pesquisa A SAÚDE DO IDOSO DA COMUNIDADE DE SANTO ANTÔNIO DE LISBOA com o objetivo de conhecer as condições de saúde dos moradores com idade igual ou maior que 60 anos deste bairro. Este estudo possibilitará avaliar a qualidade de vida em saúde dos idosos da comunidade.
- Nenhum procedimento ou intervenção será realizado
- Serão realizadas perguntas sobre a sua vida, a sua saúde, seus hábitos, seus interesses e expectativas quanto ao futuro. Se você estiver de acordo em participar, posso garantir que as informações fornecidas serão confidenciais e só serão utilizados neste trabalho.
- Se você, por qualquer motivo, quiser desistir de participar da pesquisa, mesmo após realizada a entrevista, basta entrar em contato comigo através dos telefones: 235-1365 ou 9115-5423.

Masumi Kaway  
Pesquisadora

Iberê do Nascimento  
Orientador

### CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

Eu, \_\_\_\_\_ fui esclarecido(a) sobre a pesquisa A SAÚDE DO IDOSO DA COMUNIDADE DE SANTO ANTÔNIO DE LISBOA e concordo que meus dados sejam utilizados na realização da mesma.

Florianópolis, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2002.

Assinatura \_\_\_\_\_

RG \_\_\_\_\_ Telefone \_\_\_\_\_

**TCC  
UFSC  
SP  
0064**

**Ex.1**

N.Cham. TCC UFSC SP 0064

Autor: Kaway, Masumi

Título: Aspectos do perfil da saúde-doen



972811713

Ac. 254142

Ex.1 UFSC BSCCSM